

Д-ръ Вальтеръ

УХОДЪ

за

Родильницей и Новорожденнымъ

---

ИЗД. А. С. СУВОРИНА.

**УХОДЪ**  
ЗА  
**РОДИЛЬНИЦЕЙ И НОВОРОЖДЕННЫМЪ**

---

ПОПУЛЯРНОЕ РУКОВОДСТВО СЪ РИСУНКАМИ И ТАБЛИЦАМИ

д-РА **ВАЛЬТЕРА**

Профессора Гисенскаго университета

---

Переводъ съ III нѣмецкаго изд. подъ ред. д-ра С. К. Андронова  
Съ предисловіемъ автора къ русскому изданію

— \* —  
С.-ПЕТЕРБУРГЪ  
ИЗДАНИЕ А. С. СУВОРИНА  
1910

akusher-lib.ru



Типография А. С. Суворина. Зртелевъ, 13



# ОГЛАВЛЕНІЕ.

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| Предисловіе автора . . . . . | СТРАН.<br>VII |
|------------------------------|---------------|

## ОБЩАЯ ЧАСТЬ.

|   |    |
|---|----|
| Глава I. Строеіе и отправленія человѣческаго тѣла . . . . .           | 1  |
| > II. Женскіе половые органы . . . . .                                | 11 |
| > III. Строеіе груди . . . . .  | 18 |
| > VI. Беременность и роды . . . . .                                   | 19 |
| > V. Измѣненія организма матери въ послѣродовомъ<br>періодѣ . . . . . | 27 |
| > VI. Проявленія жизни у новорожденнаго ребенка . . . . .             | 33 |

## СПЕЦІАЛЬНАЯ ЧАСТЬ.

### ВВЕДЕНІЕ.

|   |    |
|---|----|
| Глава I. <i>Очеркъ общаго ухода за больными</i> . . . . .                   | 41 |
| 1) Ученіе объ инфекціи и дезинфекціи . . . . .                              | 44 |
| 2) Наблюденіе за больными . . . . .   | 55 |
| 3) Питаніе больныхъ . . . . .   | 56 |
| 4) Исполненіе назначеній врача . . . . .                                    | 57 |
| 5) Измѣреніе температуры . . . . .  | 58 |
| 6) Наблюденіе и уходъ за больными съ повы-<br>шенной температурой . . . . . | 60 |
| > II. Задачи и обязанности сидѣлки по уходу за ро-<br>дильницею . . . . .   | 61 |

## ЧАСТЬ ПЕРВАЯ.

Глава I. *Уходъ за здоровой родильницей*

|   |    |
|---|----|
| Пробываніе въ постели; душевный и физическій покой . . . . .          | 64 |
| Комната родильницы.—Постель.—Одежда . . . . .                         | 66 |
| Посѣщенія родильницы . . . . .  | 68 |
| Измѣреніе температуры у родильницъ; записываніе температуры . . . . . | 69 |
| Пульсъ родильницы . . . . .   | 70 |
| Моченспусканіе; задержаніе мочи; примѣненіе катетеровъ . . . . .      | —  |
| Отправленія кишечника . . . . .                                       | 72 |
| Обмываніе наружныхъ половыхъ органовъ . . . . .                       | 73 |
| Уходъ за брюшными покровами . . . . .                                 | 74 |
| Первое вставаніе родильницы . . . . .                                 | 75 |
| Питаніе родильницы . . . . .  | 76 |
| Уходъ за грудями; гигиена во время кормленія грудью . . . . .         | 78 |

» II. *Уходъ за здоровымъ ребенкомъ въ первые недѣли его жизни*

|  |     |
|--|-----|
| Общія указанія относительно ухода; смертность грудныхъ дѣтей, ея причины и борьба съ нею . . . . . | 85  |
| Уходъ за кожей и тѣломъ; купанье ребенка . . . . .   | 87  |
| Постель и одежда . . . . .   | 90  |
| Приученіе къ свѣжему воздуху; закаливаніе . . . . .  | 92  |
| Время кормленія . . . . .  | 94  |
| Вскармливаніе ребенка . . . . .  | 96  |
| а) Естественное вскармливаніе молокомъ матери . . . . .  | 97  |
| Вскармливаніе молокомъ кормилицы.—   |     |
| Прикармливаніе. . . . .  | —   |
| б) Искусственное вскармливаніе коровьимъ молокомъ . . . . .  | 101 |
| Составныя части коровьяго молока . . . . .   | 102 |
| Разбавленіе въ различные мѣсяцы . . . . .  | 103 |

|   |     |
|---|-----|
| Приготовление обезвреженной отъ микро-<br>бовъ (стерилизованной) пици . . . . . | 106 |
| Аппаратъ Сохслета . . . . .   | 107 |
| Опасность перекармливанія . . . . .   | 112 |

*Дополненіе:*

|   |     |
|---|-----|
| 1. Наблюденіе за беременною женщиною въ по-<br>слѣднее время беременности . . . . . | 113 |
| 2. Распознаваніе начала родовъ . . . . .  | 115 |
| 3. Помощь при родахъ въ присутствіи врача<br>или акушерки . . . . .                 | 116 |
| Предметы, необходимые для сидѣлки (инстру-<br>ментарій) . . . . .                   | 122 |

## ЧАСТЬ ВТОРАЯ.

Глава I. *Важнѣйшія заболѣванія родильницы*

|   |     |
|---|-----|
| 1. Заразные болѣзни: Родильная горячка.—<br>Признаки родильной горячки . . . . .                | 125 |
| 2. Другія заболѣванія послѣродового періода:<br>Кровотеченія въ послѣродовомъ періодѣ . . . . . | 128 |
| Зловонныя выдѣленія . . . . .   | 129 |
| Болѣзненные послѣродовыя схватки . . . . .  | 130 |
| Опуханіе половыхъ губъ . . . . .  | —   |
| 3. Заболѣванія внѣ половой сферы:<br>Задержка мочи . . . . .                                    | 131 |
| Недержаніе мочи . . . . .   | —   |
| Фистула мочевого пузыря и влагалища . . . . .   | —   |
| Фистула прямой кишки и влагалища . . . . .  | —   |
| 4. Заболѣванія молочныхъ железъ:<br>Трещины . . . . .   | 133 |
| Гнойное воспаленіе молочныхъ железъ . . . . .   | —   |
| Млечотеченіе . . . . .  | 134 |

» II. *Важнѣйшія заболѣванія новорожденнаго въ пер-  
вые недѣли его жизни.*

|  |     |
|--|-----|
| 1. Заболѣванія, возникшія во время родовъ или<br>непосредственно послѣ нихъ:<br>Мнимая смерть новорожденнаго . . . . . | 136 |
|--|-----|

|   |     |
|---|-----|
| 2. Заболѣванія, проявляющіяся въ первые дни послѣ рожденія и позднѣе:                           |     |
| Родовая опухоль головы . . . . .  | 137 |
| Кровяная опухоль головы . . . . .   | —   |
| Желтуха . . . . .   | 138 |
| Воспаленіе молочныхъ железъ у новорожденнаго . . . . .  | 139 |
| Нѣкоторыя заразныя болѣзни новорожденнаго:  |     |
| а) Заболѣванія пупка: зараженіе и воспаленіе пупка; рожистое воспаленіе; столбнякъ . . . . .    | 140 |
| б) Гнойное воспаленіе глазъ у новорожденнаго . . . . .  | 143 |
| 3. Разстройства пищеваренія . . . . .   | 145 |
| 4. Заболѣванія въ первый годъ жизни; прорѣзываніе зубовъ, судорожныя припадки, рахитъ . . . . . | 153 |
| 5. Распознаваніе общихъ заболѣваній ребенка . . . . .   | 154 |
| <i>Дополненіе:</i>  |     |
| 1. Какъ ставить клизмы? . . . . .   | 155 |
| 2. Введеніе катетеровъ . . . . .  | 157 |
| 3. Обмыванія половыхъ органовъ; спринцеваніе влагалища . . . . .                                | 158 |
| 4. Измѣреніе температуры; наблюденіе пульса . . . . .   | 159 |
| 5. Приготовленіе компрессовъ . . . . .  | 161 |

|   |     |
|---|-----|
| <i>Діета родильницы</i> , представленная въ наглядной формѣ . . . . . | 163 |
| Таблица I. Разбавленіе коровьяго молока по мѣсяцамъ . . . . .         | 166 |
| » II. Разовые приемы пищи ребенкомъ.—Смѣшиваніе молока . . . . .      | 168 |
| » III. Вѣсъ ребенка по мѣсяцамъ . . . . .                             | 169 |

Температурные листки для записыванія температуры родильницъ приложены отдѣльно въ конвертѣ.

## Предисловіе автора къ русскому изданію.

---

Хотя настоящая книжка предназначена, главнымъ образомъ, какъ руководство для ученицъ акушерской школы и курсовъ для сидѣлокъ, однако, она тотчасъ же по выходѣ въ свѣтъ встрѣтила благопріятный пріемъ и среди широкой публики, оцѣнившей и признавшей ее надежнымъ совѣтникомъ для молодыхъ матерей. Это популярно-медицинское изданіе является только разъяснителемъ правилъ гигиены, и поэтому рѣшительно не можетъ вызвать ложныхъ опасеній, что при такихъ книжкахъ врачи дѣлаются излишними. На книжномъ рынкѣ, дѣйствительно, существуютъ якобы популярныя сочиненія, трактующія и о леченіи различныхъ болѣзней; польза подобныхъ книгъ весьма проблематична, а вредъ онѣ приносятъ несомнѣнный тѣмъ, что побуждаютъ публику или совсѣмъ обходить благодѣтельную помощь врача или же, въ лучшемъ случаѣ, обращаться къ его помощи



слишкомъ поздно, когда болѣзнь уже запущена. Цѣль настоящаго руководства совершенно другая: будучи вѣрно понято, оно должно научить уходу за родильницей и новорожденнымъ и разъяснить публикѣ правила профилактики, то-есть предупрежденія заболѣваній. По возможности точно и ясно описаны здѣсь какъ нормальное теченіе послѣродового періода у родильницы и новорожденнаго, такъ равно и первые признаки заболѣваній, при появленіи которыхъ слѣдуетъ немедленно пригласить врача. Я убѣжденъ, что только такое изложеніе предмета уменьшить зло, происходящее отъ самолеченія домашними средствами, безъ помощи врача. Есть вещи, которыя необходимо знать каждой образованной и необразованной женщинѣ, напр., когда нужно вставать съ постели, когда можно начать работать послѣ родовъ, какъ кормить ребенка, преимущества питанія молокомъ матери передъ искусственнымъ вскармливаніемъ, недостатки и опасности искусственнаго вскармливанія, приготовленіе здоровой искусственной пищи, если мать сама не можетъ кормить, уходъ за тѣломъ ребенка, купаніе, закаливаніе, содержаніе ребенка въ чистотѣ и предупрежденіе различныхъ непріятныхъ и опасныхъ болѣзней. Распространеніе среди широкой публики такихъ гигиеническихъ познаній не можетъ, по моему мнѣнію, повести къ плохимъ результатамъ. Въ виду этого я считаю эту книжку, рядомъ съ ея основнымъ назначеніемъ, какъ учебника, также доступной для всякаго, и я

осмѣливаюсь предложить ее теперь кругу *русскихъ* читателей. У насъ въ Германіи, за исключеніемъ восточныхъ провинцій, нигдѣ не чувствуется недостатка во врачахъ; акушерки и сидѣлки получаютъ у насъ хорошую подготовку и могутъ, въ случаѣ крайней необходимости, подать дѣльный совѣтъ; совѣтъ иначе обстоитъ дѣло въ Австро-Венгріи и въ Россіи, гдѣ часто знахарки-повитухи играютъ роль акушерокъ. Большіе и средніе города Россіи хотя и имѣютъ прекрасныхъ врачей и хорошо обученныхъ акушерокъ и сидѣлокъ, ничѣмъ не уступающихъ таковымъ же Западной Европы, но существуютъ, однако, цѣлыя громадныя области, гдѣ и врачи, и хорошо подготовленныя акушерки очень рѣдки. Поэтому совѣтъ не удивительно, что тамъ, какъ намъ извѣстно, смертность родильницъ и грудныхъ дѣтей очень большая. Суевѣрія всякаго рода, непониманіе правилъ гигиены и недостатокъ врачебной помощи объясняютъ эти явленія. На этомъ основаніи я и рѣшился, съ согласія книгоиздательства Бергмана въ Висбаденѣ, дать свое разрѣшеніе на переводъ этой книжки на русскій языкъ. Я надѣюсь, что она принесетъ такую же пользу въ сосѣдней, дружественной намъ Россіи, какую она принесла и въ Германіи, и не подорветъ довѣрія публики къ врачамъ, а, наоборотъ, укрѣпитъ его. Если книжка эта дастъ читателямъ правильный взглядъ на уходъ за родильницей и новорожденнымъ, убѣдитъ ихъ въ необходимости естественнаго вскар-

мливанія дѣтей молокомъ матери и тѣмъ самимъ уменьшить смертность родильницъ и грудныхъ дѣтей, то цѣль ея будетъ вполнѣ достигнута. Да поможетъ она въ Россіи воспитанію здороваго поколѣнія здоровыхъ матерей! Этого желаетъ отъ души авторъ

Д-ръ **Вальтеръ,**

Профессоръ Гиссенскаго университета.

Гиссенъ.

1-го марта 1910 года.

# Общая часть.

## ГЛАВА I.

### Строение и отправленія человѣческаго тѣла.

Тѣло человѣка состоитъ изъ костей и мягкихъ частей; по формѣ мы различаемъ въ немъ голову, туловище и конечности. Кости образуютъ остовъ (скелетъ), дающій человѣческому тѣлу форму и устойчивость (опору).

#### Скелетъ.

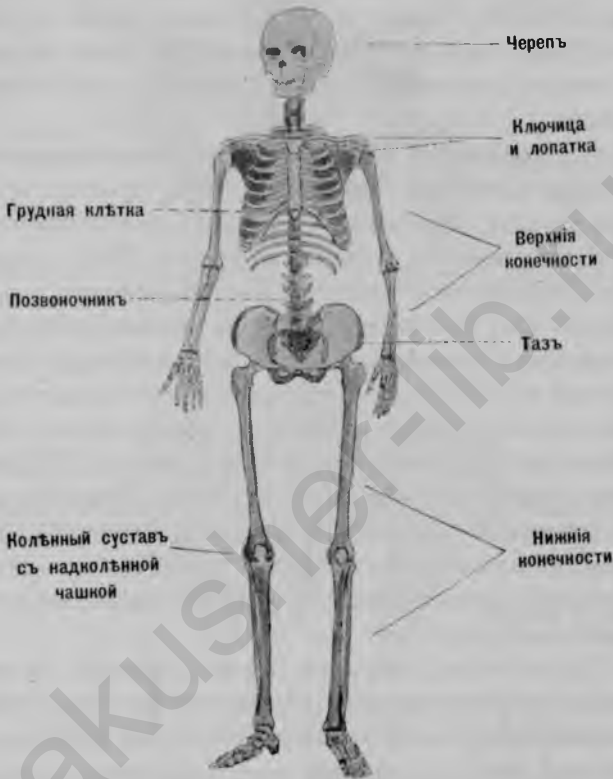
Самая значительная по величинѣ часть тѣла — туловище — поддерживается начинающимся позади головы и идущимъ книзу вдоль всего туловища позвоночнымъ столбомъ. Онъ называется также «спиннымъ хребтомъ» и состоитъ изъ 24-хъ расположенныхъ одинъ надъ другимъ «истинныхъ или настоящихъ позвонковъ», то есть костяныхъ колець, соединенныхъ между собою связками и хрящевыми «промежуточными или межпозвоночными пластинками». Спинные позвонки образуютъ непрерывный каналъ, «позвоночный», называемый также «спинномозговымъ каналомъ». Въ зависимости отъ мѣстоположенія различаютъ: 7 шейныхъ, 12 грудныхъ или спинныхъ и 5 поясничныхъ позвонковъ.

Голова укрѣплена на шейной части позвоночнаго столба. Въ ней различаютъ переднюю часть — лицо и заднюю — черепъ (черепную крышку). Лицо состоитъ изъ нѣсколькихъ костей, соединенныхъ между собою неподвижно; исключеніе составляетъ нижняя челюсть, которая соединена подвижно съ костями черепа (можетъ двигаться по направленію къ верхней челюсти). Черепъ состоитъ изъ слѣдующихъ костей: лобной, 2-хъ теменныхъ, 2-хъ височныхъ и затылочной. Всѣ эти кости соединяются между собою неподвижно и образуютъ вмѣстѣ такъ называемую «полость черепа», заключающую въ себѣ мозгъ и соединяющуюся съ позвоночнымъ каналомъ.

Въ то время какъ шейные позвонки совершенно свободны, къ груднымъ позвонкамъ прикрѣплены съ обѣихъ сторонъ по 12 длинныхъ дугообразныхъ костей—реберъ. Всѣ ребра соединяются спереди на груди съ грудной костью (грудиной);— верхнія 7 реберъ (такъ называемыя истинныя ребра) соединяются съ нею непосредственно, остальные же нижнія 5 реберъ (ложныя или короткія ребра) посредствомъ хрящей. Ребра вмѣстѣ съ грудиною образуютъ грудную клѣтку, прикрывающую находящіеся внутри нея важные органы (сердце, легкія). На задней стѣнкѣ грудной клѣтки находится еще возвышеніе, въ видѣ крѣпкихъ плоскихъ треугольныхъ костей—лопатокъ, лежащихъ по обѣ стороны позвоночнаго столба. Къ нимъ прикрѣплены кости, находящіяся выше первыхъ реберъ и имѣющія форму близкую къ латинской буквѣ S—ключицы; съ обѣихъ сторонъ къ лопаткамъ также прикрѣплены подвижно кости верхнихъ конечностей (рукъ).

Верхнія конечности или руки состоятъ изъ трехъ частей: плеча, предплечья и кисти. Остовомъ плеча служитъ узкая длинная трубчатая «плечевая» кость, соединенная подвижно съ лопаткою при помощи верхняго круглаго отростка (плечевая головка), сидящаго въ сочленовномъ углубленіи лопатки; это

Рисунок I.



Скелетъ женщины.

соединеніе называется плечевымъ сочлененіемъ. Другимъ своимъ (нижнимъ) концомъ плечевая кость соединена подвижно съ костями предплечья (локтевое сочлененіе). Ямка подъ плечевымъ сочлененіемъ называется подмышечной впадиной. Предплечье состоитъ изъ двухъ костей: обращенной къ боль-

шому пальцу—лучевой, и болѣе тонкой, обращенной къ мизинцу—локтевой; послѣдняя имѣетъ на верхнемъ своемъ концѣ острый выступъ—локоть. Кости предплечья соединены съ цѣлымъ рядомъ косточекъ запястья (сочлененіе ручной кисти), а къ нимъ въ свою очередь прикрѣплены кости пясти и суставы пальцевъ.

Отъ поясничныхъ позвонковъ идетъ книзу широкая треугольная, клиновидно заостренная кость—крестецъ, состоящій изъ пяти, обособленныхъ у ребенка и срастающихся впоследствии у взрослого, ложныхъ позвонковъ. Внизу съ крестцомъ находится въ сочленовномъ соединеніи копчикъ, а съ боковъ къ нему примыкають 2 большія лопатообразныя, такъ называемыя «безымянныя» кости. Обѣ безымянныя кости, крестецъ и соединенный съ его концомъ при помощи сочлененія копчикъ образуютъ вмѣстѣ такъ называемый тазъ. Безымянныя кости состоятъ изъ отдѣльныхъ вначалѣ и срастающихся впоследствии 3-хъ костей: верхнихъ лопатообразныхъ «подвздошныхъ» костей, «сѣдалищныхъ», лежащихъ къзади и книзу, и направленныхъ впередъ—«лонныхъ» костей. Обѣ безымянныя кости сходятся спереди въ такъ называемое лонное сращеніе или лобокъ.

Такимъ путемъ, изъ этихъ костей образовано костяное кольцо; въ немъ различають верхнюю часть, ограниченную гребнемъ подвздошныхъ костей и поясничными позвонками—«большой тазъ»,—и нижнюю часть, ограниченную костями таза (крестцомъ, тѣломъ подвздошной кости, лонной и сѣдалищной костями)—«малый тазъ»; послѣдняя часть обыкновенно называется «полостью таза» или просто «тазомъ». Задняя его стѣнка, какъ мы сказали, образована крестцомъ и копчикомъ. Наружу тазъ открывается такъ называемымъ «входомъ въ тазъ»; поднимающіяся съ обѣихъ сторонъ вѣтви сѣдалищныхъ костей съ вѣтвями лонныхъ костей образуютъ у

Рисунокъ II.



Женскій тазъ (приблизительно  $\frac{1}{6}$  натуральн. вел.), видъ спереди.

Рисунокъ III.



Женскій тазъ (приблизительно  $\frac{1}{6}$  натуральн. вел.), видъ спереди; передняя стѣнка снята, чтобы видѣть полость таза.

этого входа ниже лоннаго соединенія костяную или «лонную дугу».

Къ костямъ таза прикрѣвлены кости нижнихъ конечностей или цогь; послѣднія состоятъ изъ 3 частей: бедра, голени и ступни. На наружной сторонѣ безымянной кости находится полукруглая сочленовная впадина — «вертлунная впадина», въ которую вставлена шаровидная сочленовная головка бедренной кости — «вертлугъ». Такимъ способомъ образуется сочленовное



соединеніе нижнихъ конечностей съ тазомъ — «сочлененіе бедра». Бедро нижнимъ своимъ концомъ сочленяется съ костями голени въ «колѣнномъ суставѣ»; послѣдній прикрываетъ спереди «колѣнной чашечкой». Голень состоитъ изъ 2-хъ костей: изъ лежащей внутри широкой «большой берцовой» кости и соответствующей наружной сторонѣ — тонкой «малой берцовой кости». Каждая изъ этихъ костей оканчивается внизу широкимъ выступомъ — «мышелкомъ». Выше съ голенью соединяется цѣлый рядъ заплюсневыхъ косточекъ стопы; сочлененіе, находящееся между ними и голенью, называется «суставомъ ступни» или голеностопнымъ суставомъ. Къ заплюснѣ примыкаетъ состоящая изъ 5 костей плюсна и суставы вожныхъ пальцевъ.

### Внутренности.

Въ полости черепа находится «головной мозгъ»; онъ непосредственно переходитъ въ выполняющій позвоночный каналъ «спинной мозгъ». Головной и спинной мозгъ образуютъ центральную нервную систему. Здѣсь берутъ начало бѣлыя нити — «нервы», обуславливающія движенія и ощущенія и называемыя поэтому «двигательными» и «чувствительными» нервами. Часть выходящихъ изъ головного мозга 12-ти паръ нервовъ отираются къ органамъ внѣшнихъ чувствъ (глазъ, ухо, носъ, языкъ и т. д.).

Грудная полость вмѣщаетъ въ себѣ оба легкія, сердце, пищеводъ и дыхательное горло и отдѣляется отъ брюшной полости широкою мышечною перепонкою, двигающейся при дыханіи вверхъ и внизъ — «грудобрюшную преградою или диафрагмою». При «вдыханіи» грудная мышца приподнимаетъ и расширяетъ грудную клѣтку; при этомъ черезъ ротъ и носъ входитъ извнѣ воздухъ, проникаетъ въ зѣвъ и оттуда въ лежащую спереди на шеѣ гортань и дыхательное горло: послѣд-

нее развѣтвляется въ груди на два большихъ ствола—бронхи. Каждый изъ бронховъ въ свою очередь дѣлится на болѣе тонкія вѣтки и вѣточки на подобіе корней или вѣтвей дерева; наконецъ, самыя послѣднія развѣтвленія въ видѣ тончайшихъ трубочекъ оканчиваются мельчайшими «легочными или воздушными пузырьками, альвеолами». Каждое легкое состоитъ изъ безчисленнаго множества подобныхъ пузырьковъ, собранныхъ вмѣстѣ въ видѣ большихъ лопастей или долей. Правое легкое состоитъ изъ трехъ долей, лѣвое—изъ двухъ. Въ то время какъ при вдыханіи легкія набираютъ свѣжій, богатый кислородомъ воздухъ, при выдыханіи грудная кѣтка сокращается и уменьшается, тѣмъ самымъ выгоняя изъ легкихъ воздухъ, насыщенный углекислотою и водяными парами.

Сердце представляетъ собою полый мускулъ (мышцу), имѣющій способность сокращаться и расширяться. Полость сердца состоитъ изъ правой и лѣвой половинокъ, отдѣленныхъ другъ отъ друга сплошной перегородкой. Каждая изъ этихъ полостей или отдѣловъ въ свою очередь дѣлится на большую часть—желудочекъ, и меньшую—предсердіе. Въ сердцѣ берутъ начало толстыя стволы или трубки, развѣтвляющіяся въ болѣе тонкія трубочки: онѣ называются «кровеносными сосудами» и имѣютъ назначеніе проводить содержащуюся въ сердцѣ жидкость—кровь—отъ сердца во всѣ части тѣла и обратно. Въ общемъ правый отдѣлъ сердца содержитъ всегда темно-красную, богатую углекислотою и бѣдную кислородомъ кровь. Она течетъ отсюда по кровеноснымъ сосудамъ (легочныя артеріи) въ легкія, приходитъ здѣсь въ соприкосновеніе съ притекающимъ—благодаря вдыханію—кислородомъ воздуха и вливается затѣмъ въ улучшенномъ (очищенномъ) видѣ, «богаче кислородомъ», черезъ легочную вену въ лѣвое предсердіе; изъ него кровь прогоняется сокращеніями сердца въ лѣвый желудочекъ, и, такимъ образомъ, лѣвая половинка или полость сердца

всегда содержитъ въ себѣ богатую кислородомъ ярко-красную кровь. Путь, по которому кровь протекаетъ отъ праваго желудочка сердца черезъ легкія и обратно въ лѣвое предсердіе, называется легочнымъ или «малымъ» кругомъ кровообращенія. Изъ лѣваго желудочка кровь проталкивается сердечными сокращеніями въ идущіе по всему тѣлу кровеносные сосуды (начальственная или большая артерія—аорта и ея развѣтвленія). Изъ аорты кровь течетъ по кровеноснымъ сосудамъ въ различныя области тѣла; эти сосуды или артеріи постепенно переходятъ въ тончайшія трубочки (волосные сосуды или капилляры). Послѣ того какъ находящаяся въ послѣднихъ кровь отдала окружающимъ тканямъ тѣла необходимыя для ихъ питанія вещества, она попадаетъ въ болѣе толстые кровеносные сосуды или вены и течетъ по нимъ обратно въ правую полость сердца. Путь, по которому кровь протекаетъ по тѣлу, называется большимъ кругомъ кровообращенія. На пути малаго кровообращенія кровь отдаетъ свою углекислоту и насыщается кислородомъ; на пути большого кровообращенія она, наоборотъ, отдаетъ свой кислородъ и поглощаетъ углекислоту. Кровь представляетъ собою красную липкую жидкость, наполняющую всѣ кровеносные сосуды; она состоитъ изъ свѣтло-желтой жидкости, называемой кровяной плазмой, и безчисленныхъ красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Протекая по тѣлу, кровь отдаетъ всѣмъ тканямъ и органамъ различныя питательныя вещества; убыль этихъ веществъ она пополняетъ частью посредствомъ дыханія, частью изъ принимаемой человѣкомъ пищи.

Сердце сокращается приблизительно 80 разъ въ минуту, благодаря этимъ сокращеніямъ кровь проталкивается въ артеріи, и это можно ощущать рукой въ видѣ волны, или удара пульса. Пульсъ можно ясно оцупать въ лежащей близко къ поверхности тѣла артеріи; обыкновенно принято наблюдать пульсъ лучевой артеріи на запястьѣ руки.

Кромѣ системы кровеносныхъ сосудовъ въ тѣлѣ находится еще система всасывающихъ или «лимфатическихъ» сосудовъ, содержащихъ безцвѣтную жидкость — лимфу. Эти сосуды проходятъ во многихъ мѣстахъ черезъ такъ называемыя «лимфатическія железы». Вверху тѣла лимфатическіе сосуды сливаются вмѣстѣ и вливаютъ свое содержимое черезъ толстый лимфатическій «грудной» протокъ въ крупную, такъ называемую «полую» вену.

Въ брюшной полости находятся органы пищеварительные, половые и органы выдѣленія. Въ число первыхъ входятъ: желудокъ, кишки, печень съ желчнымъ пузыремъ и поджелудочная железа. Желудокъ, сообщающійся посредствомъ пищевода съ полостью рта, помѣщается подъ лѣвой реберной дугой. Изъ желудка непосредственно идетъ двѣнадцатиперстная кишка, позади которой лежитъ поджелудочная железа; затѣмъ слѣдуютъ очень длинныя (около 8 аршинъ) тонкія кишки. Последнія переходятъ сперва въ толстую или ободочную кишку (длиною около 3 аршинъ) и затѣмъ въ прямую кишку, открывающуюся наружу.

Пища разжевывается, размельчается во рту, смѣшивается со слюной и, принявъ форму комка, проталкивается въ зѣвъ, а оттуда по пищеводу въ желудокъ. Пищевареніе, начавшись еще во рту, продолжается подъ вліяніемъ желудочнаго сока; часть питательныхъ веществъ изъ пищевой кашицы всасывается стѣнками желудка, остальное проходитъ въ двѣнадцатиперстную и затѣмъ въ тонкія кишки. Здѣсь подъ вліяніемъ кишечнаго сока, желчи и соковъ поджелудочной железы пища продолжаетъ перевариваться и всасываться. Непереваренные остатки проталкиваются движеніями кишекъ дальше и, наконецъ, выбрасываются вонъ черезъ отверстіе прямой кишки въ видѣ экскрементовъ или кала (опорожненіе кишечника или стулъ). Конецъ прямой кишки запирается мускульнымъ коль-

цомъ, которое можетъ произвольно открываться и закрываться.

Печень находится подъ правой реберной дугой и вырабатываетъ желчь; послѣдняя скопляется въ находящемся надъ печеню желчномъ пузырьѣ и изливается отсюда въ двѣнадцатиперстную кишку. Желчь, равно какъ и сокъ поджелудочной железы представляютъ собою способствующія пищеваренію вещества. Позади желудка въ верхней лѣвой части брюшной полости находится селезенка, которая считается «кроветворнымъ» органомъ.

У задней стѣнки брюшной полости, по обѣ стороны нижнихъ грудныхъ и верхнихъ поясничныхъ позвонковъ, находятся почки, выдѣляющія мочу. Послѣдняя течетъ отсюда вдоль позвоночнаго столба по двумъ мочетводнымъ трубкамъ — «мочеточникамъ» — въ мочевой пузырь, представляющій собою перепончатый мѣшокъ, обладающій способностью сокращаться и растягиваться. Отсюда моча выводится наружу черезъ мочеиспускательный каналъ.

Въ полости таза, кромѣ прямой кишки и мочевого пузыря, находятся еще женскіе половые органы. Прямая кишка лежитъ у задней, мочевой пузырь — у передней стѣнки таза. Посрединѣ между ними и находятся женскіе внутренніе половые органы.

Кожа образуетъ естественный покровъ поверхности тѣла. Она состоитъ изъ 3-хъ различныхъ слоевъ: верхняго тонкаго — «кожицы», лежащаго глубже — толстаго, «собственно кожи», и лежащаго подъ послѣднимъ — «подкожной или жировой клѣтчатки». Кровеносные сосуды и нервы проходятъ въ среднемъ слоѣ кожи. Въ верхнемъ слоѣ оканчиваются чувствительные нервы (осязанія). Подъ кожей находятся мускулы (мышцы), представляющіе собою красные пучки мяса, прикрѣпленные къ костямъ при помощи крѣпкихъ сухожилій. Кожа покрыта

на нѣкоторыхъ мѣстахъ волосами и содержитъ въ себѣ многочисленныя сальныя и потовыя железы.

Внутреннія закрытыя полости тѣла—грудная и брюшная—выстланы нѣжной, гладкой, отдѣляющей сывороточную (серозную) жидкость оболочкой; въ грудной полости эта оболочка носить названіе грудной плевры или подреберной плевры, въ брюшной—брюшины; она одѣваетъ также всѣ лежащія въ брюшной полости органы. Полости тѣла, сообщающіяся съ внѣшнимъ міромъ, выстланы «слизистой оболочкой», такъ, напримѣръ, ротъ, пищеводъ, весь пищеварительный (желудочно-кишечный) каналъ, гортань, дыхательное горло и т. д.

Для воспріятія извнѣ ощущеній, обусловливаемыхъ внѣшними впечатлѣніями, и для передачи ихъ мозгу служатъ особые органы чувствъ; для зрѣнія, слуха, вкуса, обонянія и осязанія служатъ соотвѣтствующіе органы: глазъ, ухо, языкъ, нѣбо, носъ и находящіяся въ кожѣ окончанія осязательныхъ нервовъ.

## ГЛАВА II.

### Женскіе половые органы.

Женскіе половые органы находятся частью внутри таза, частью снаружи; первые называются внутренними, вторые—наружными половыми органами или частями.

Наружные половые органы лежатъ у лонной дуги и представляютъ внѣшнюю границу таза; въ остальной своей части входъ въ тазъ замыкается мускулами и жиромъ тазоваго дна. Спереди и повыше лобка находится богатый отложеніями жира такъ называемый «лонный бугорокъ». Начиная отсюда тянутся внизъ къ промежности два толстыхъ, мясистыхъ кожныхъ валика, «большія дѣтородныя или срамныя губы», окружающія собою «срамную щель» (половая расщелина) и соединяю-

щіяся сзади у промежности «уздечкой» или «задней снѣжкой половыхъ губъ». Если мы раздвинемъ эти валики (губы), то увидимъ внутри между ними еще двѣ нѣжныхъ, мясистыхъ, покрытыхъ слизистой оболочкой складки, «малыя дѣтородныя или срамныя губы». Послѣднія удлиняются вверху и образуютъ богатое кровеносными сосудами и способное набухать тѣло, «клиторъ» или «похотникъ». Подъ нимъ находится маленькое отверстіе, которымъ мочеиспускательный каналъ открывается наружу. Въ глубинѣ между малыми срамными губами находится тонкая, полудлунной или кольцеобразной формы складка слизистой оболочки влагалища—«дѣвственная плева»; послѣдняя у замужнихъ жевщицъ, въ особенности у рожавшихъ, получаетъ разрывы и имѣетъ похотія на рубцы зазубрины или сосочки. Эта складка или кольцо образуетъ входъ во влагалище или маточный рукавъ, которое и представляетъ собою границу между наружными и внутренними половыми органами. Область, находящаяся между половой щелью и заднепроходнымъ отверстіемъ, называется «промежностью».

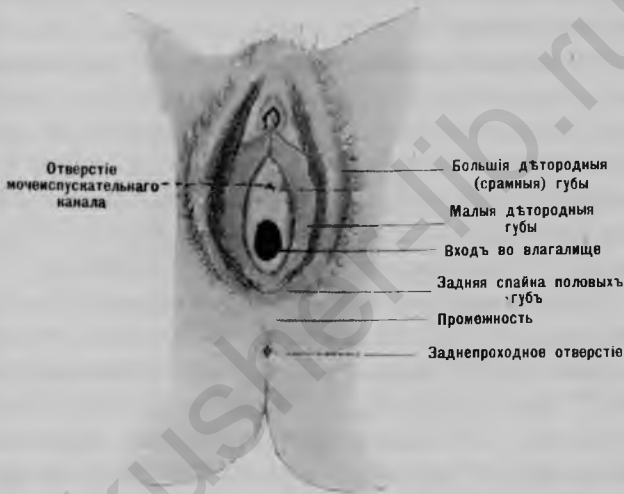
Внутренніе половые органы, т. е. матка и ея придатки—трубы и яичники—сообщаются съ наружными посредствомъ влагалища, представляющаго собою мышечный эластичный каналъ, покрытый толстой, богатой складками слизистой оболочкою и оканчивающійся вверху куполообразнымъ тупикомъ—«сводомъ влагалища». Послѣдній охватываетъ собою заостренную, входящую во влагалище нижнюю, такъ называемую «влагалищную» часть матки.

Матка представляетъ собою мышечный органъ, имѣющій внутри небольшую полость; послѣдняя во время беременности сильно увеличивается и достигаетъ значительнаго объема. Полость матки выстлана внутри слизистой оболочкою, обладающей способностью (благодаря обилію находящихся въ ней железокъ) выдѣлять слизь и, повременамъ (съ правильно че-

редующимися промежутками), кровь; эти выдѣленія крови называются «періодами», «регулами» или «менструаціями», «мѣсячными очищеніями»; въ простонародьи ихъ называютъ просто — «кровями».

Матка своей формой и величиной напоминаетъ сплюснутую грушу; верхняя широкая часть ея называется «тѣломъ

Рисунокъ IV.



Наружныя половыя части нерожавшей женщины. Малыя дѣтородныя губы раздвинуты, виденъ входъ во влагалище.

матки», нижняя, узкая—«маточной шейкой». Верхній сводъ маточнаго тѣла называется «дномъ матки». Нижняя, вдающаяся во влагалище часть маточной шейки называется «вагинальною частью»; здѣсь матка открывается наружнымъ своимъ отверстіемъ («наружный зѣвъ матки»). Между полостью маточнаго тѣла и каналомъ маточной шейки находится перехватъ или суженіе; эта узкая часть называется «внутреннимъ



зѣвомъ матки». Наружный зѣвъ матки замыкается двумя губами: передней и задней губою маточнаго зѣва. Слизистая оболочка маточной шейки выдѣляетъ густую, тянущуюся въ нити, слизь. Подъ слизистой оболочкой матки находится толстый мускульный слой, содержащій въ себѣ большое количество кровеносныхъ сосудовъ. Снаружи верхняя часть матки, приблизительно до внутренняго ея зѣва, покрыта брюшиной.

По обѣимъ сторонамъ дна матки находятся ея «придатки»: трубы и яичники.

Трубы или яйцепроводы (Фаллопиевы трубы) представляютъ собою перепончатые трубки, толщиною въ стволъ гусиного пера; онѣ покрыты снаружи брюшиной и открываются въ брюшную полость бахромчатыми концами или «фимбріями». Съ маткой онѣ сообщаются помощью узкаго, высланнаго слизистой оболочкою, канала. Отъ угловъ матки тянется по направленію къ боковой стѣнкѣ таза по одному яйцепроводу.

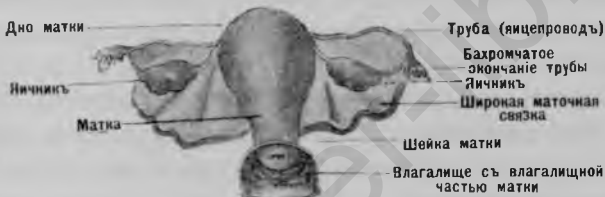
Позади каждой трубы, надъ спайкой крестцовой и подвздошной костей, въ складкѣ брюшины находится яичникъ; послѣдній имѣетъ величину и форму большой миндалины и состоитъ изъ отдѣльныхъ, различаемыхъ простымъ глазомъ пузырьковъ, такъ называемыхъ «первичныхъ пузырьковъ» или фолликулъ. Внутри каждаго такого пузырька находится маленькое, уже невидимое простымъ глазомъ тѣло—яичко (яйцевая клѣточка).

Съ боковыхъ сторонъ матки тянутся двѣ складки брюшины къ стѣнкамъ таза—«широкія маточныя связки». Два узкихъ шнура «круглыя маточныя связки»—идутъ, въ свою очередь, впередъ отъ дна матки къ паховымъ кольцамъ и отсюда къ большимъ половымъ губамъ; и, наконецъ, два пучка связокъ идутъ отъ шейки матки назадъ къ крестцовымъ позвонкамъ:—«крестцовыя маточныя связки». Такимъ образомъ, посредствомъ всѣхъ этихъ «маточныхъ» связокъ, кровеносныхъ сосу-

довъ и окружающей соединительной ткани матка удерживается въ ея наклонномъ къ лобку положеніи и тѣсно прилегаетъ къ мочевому пузырю.

Слизистая оболочка полости матки содержитъ въ себѣ многочисленныя, идущія въ глубь, поры — «железки», отдѣляющія жидкую слизь; кромѣ того она пронизана многочисленными тончайшими кровеносными сосудами или капиллярами. Въ опредѣленные промежутки времени эти сосуды переполняются кровью и вслѣдствіе разрыва ихъ стѣнокъ кровь изливается въ большемъ или меньшемъ количествѣ на-

Рисунокъ V.



Внутренніе женскіе половые органы: матка съ ея придатками (трубы и яичники), видъ сзади. Въ  $\frac{1}{3}$  натуральн. величины, приблизительно.

ружу; это явленіе означаетъ появленіе «регуль» или «мѣсячнаго очищенія». Повторяющееся приблизительно каждыя 4 недѣли выдѣленіе крови изъ полости тѣла матки зависить съ одной стороны отъ строенія слизистой оболочки матки, съ другой же — отъ дѣятельности яичниковъ.

Какъ уже было упомянуто выше, въ яичникахъ находятся многочисленные маленькіе первичные пузырьки. Разсматривая одинъ изъ такихъ пузырьковъ подъ увеличительнымъ стекломъ, мы различаемъ въ немъ жидкость, скопленія клѣточекъ, а среди нихъ одну болѣе крупную клѣтку: «яйцо» или «яйцевую клѣтку». Первичные пузырьки яичниковъ растутъ и, увеличи-

ваясь въ размѣрѣ, постепенно достигаютъ поверхности яичника. Въ четырехнедѣльные промежутки времени, иногда даже и чаще, такой созрѣвшій пузырекъ яичника (Граафовъ пузырекъ) лопается и его содержимое, то есть жидкость и яйцевая клѣтка попадаютъ въ бахромчатое окончаніе яйцепровода, гдѣ овѣ вбираются послѣдними и проводятся затѣмъ въ полость матки. Въ случаѣ наступленія оплодотворенія, то есть — если яичко на своемъ пути по яйцепроводу встрѣтило мужское сѣмя и слилось съ послѣднимъ — оно развивается дальше, и именно въ полости матки: другими словами — женщина дѣлается «беременной». Въ противномъ случаѣ это яичко удаляется наружу вмѣстѣ со слизью и кровью, какъ это бываетъ при обыкновенныхъ менструаціяхъ. При наступленіи беременности мѣсячныя очищенія прекращаются совсѣмъ.

Явленіе «отдѣленія яйца» и «регуль» происходитъ лишь въ теченіе извѣстнаго періода жизни женщины, такъ называемаго «возраста половой зрѣлости», приблизительно между 15 и 45 годами жизни.

Въ нашемъ климатѣ менструаціи (половая зрѣлость) наступаютъ въ первый разъ у молодыхъ дѣвушекъ на 15 или 16 году жизни; одновременно съ этимъ наблюдаются также и другіе признаки зрѣлости (набуханіе грудей, утолщеніе бедеръ и т. д.): такимъ образомъ начинается періодъ половой зрѣлости. Повторяющіяся съ правильными 4-хъ недѣльными промежутками менструаціи продолжаютъ приблизительно до 45 — 48 года жизни и постепенно дѣлаются менѣе обильными, пока, наконецъ, не прекращаются совсѣмъ; этотъ періодъ увяданія обыкновенно сопровождается также нѣкоторыми заболѣваніями (большею частью нервными) женскаго организма. Матка и влагалище къ этому времени сморщиваются и постепенно уменьшаются въ размѣрѣ, то есть подвергаются «обратному развитію» («перерождаются»); то

же самое происходит и съ яичниками, въ которыхъ съ этого времени отдѣленіе яицъ совершенно прекращается. Появляющіяся въ этотъ періодъ слишкомъ обильныя и часто повторяющіяся менструаціи, равно какъ и возвращеніе ихъ послѣ долговременной задержки служатъ всегда признаками болѣзненного состоянія организма. Менструаціи могутъ прекратиться также и въ періодѣ половой зрѣлости (до климактерическаго періода) безъ всякой болѣзненной причины; такъ, на примѣръ, онѣ прекращаются во время беременности и, въ большинствѣ случаевъ, также при кормленіи грудью. До сихъ поръ еще точно не установлено, прекращается ли въ это время также и отдѣленіе яичекъ. Многое говоритъ, однако, за то, что во время кормленія грудью созрѣваніе и отдѣленіе яичекъ не прекращается.

У женщинъ, страдающихъ сильнымъ малокровіемъ и физическимъ истощеніемъ организма, иногда наблюдалось отсутствіе менструацій въ теченіе цѣлыхъ мѣсяцевъ; то же самое можетъ случиться отъ тяжкихъ болѣзней: тифа, чахотки, и послѣ большихъ потерь крови. Иногда менструаціи являются рѣже или съ опозданіями даже у вполне здоровыхъ и полнокровныхъ дѣвушекъ, вслѣдствіе недостаточнаго развитія внутреннихъ половыхъ органовъ. Испугъ и волненія, рѣзкія перемѣны въ образѣ жизни, нерѣдко даже простуда во время регулъ часто могутъ быть причиной задержки послѣднихъ.

Оба явленія: созрѣваніе и отдѣленіе яичка, происходящее въ яичникѣ, и регулы, являющіяся на слизистой оболочкѣ матки находятся другъ съ другомъ въ причинной связи. Менструаціи могутъ отсутствовать въ томъ случаѣ, если въ яичникахъ произошли болѣзненные измѣненія, такъ, на примѣръ при перерожденіи обоихъ яичниковъ или при ихъ воспалительномъ состояніи. «Преждевременное» прекращеніе регулъ и наступленіе климактерическаго періода можетъ явиться также и

въ томъ случаѣ, если хирургическимъ вмѣшательствомъ удалены оба яичника. Менструаціи могутъ задержаться и при здоровыхъ яичникахъ, но при разрушеніи слизистой оболочки матки (ѣдкими веществами или вслѣдствіе тяжелаго общаго заболѣванія).

Въ случаѣ наступленія беременности (зачатія) «оплодотворенное яичко», понавшее изъ яйцеводовъ въ полость матки, развивается здѣсь дальше и подвергается извѣстнымъ измѣненіямъ, о которыхъ рѣчь будетъ ниже (въ главѣ IV).

## ГЛАВА III.

### Строеніе груди.

Груди представляютъ собою полушаровидныя железистыя тѣла (молочныя железы); онѣ находятся по обѣимъ сторонамъ грудины и покрыты нѣжною кожей. Железистое тѣло каждой груди состоитъ изъ приблизительно 15 дольчатыхъ «молочныхъ железокъ», отдѣленныхъ другъ отъ друга прослойками соединительной ткани; эти железки въ свою очередь состоятъ изъ маленькихъ, развѣтвленныхъ на подобіе виноградной кисти, железистыхъ «молочныхъ пузырьковъ». Каждый изъ этихъ пузырьковъ имѣетъ тоненькій выводной протокъ («молочные каналцы или трубочки»); нѣсколько подобныхъ молочныхъ трубочекъ сливаются вмѣстѣ и образуютъ большой «млечный протокъ». Всѣ протоки, числомъ около 15, открываются на верхушкѣ грудного соска. Соскомъ называютъ выдающійся кожный бугорокъ или возвышеніе, окруженное болѣе темнымъ кольцомъ, такъ называемымъ «околососковымъ кружкомъ». Послѣдній устьянъ маленькими узловатыми железками («железки околососковаго кружка»). По характеру строе-

нія различають: плоскіе, болѣе пли менѣе удобныя для захватыванія, и впалыя, вдавленные внутрь соски.

Молочныя железы развиваются и растутъ съ наступленіемъ половой зрѣлости; собственно же ихъ дѣятельность, состоящая въ образованіи и отдѣленіи молока, начинается лишь съ родами и послѣродовымъ состояніемъ. Уже во время беременности идетъ подготовленіе къ этой дѣятельности; такъ, на примѣръ, во второй половинѣ беременности молочныя железы особенно увеличиваются и отдѣляютъ свѣтлую, водянистую, съ желтоватымъ оттѣнкомъ жидкость, — «молозиво». Эту богатую солями жидкость удается получить изъ сосковъ при нажиманіи на нихъ пальцами еще въ первые дни послѣродового періода, а отдѣленіе настоящаго молока начинается лишь на второй или третій день послѣ родовъ. Молоко роженицы содержитъ въ себѣ: воду, сахаръ, жиръ, казеинъ (одинъ изъ видовъ бѣлка) и соли въ извѣстной пропорціи, именно, на 100 частей молока приходится около 88 частей воды, остальные же 12 частей составляютъ — жиръ, казеинъ, молочный сахаръ и различныя соли.

## ГЛАВА IV.

### Беременность и роды.

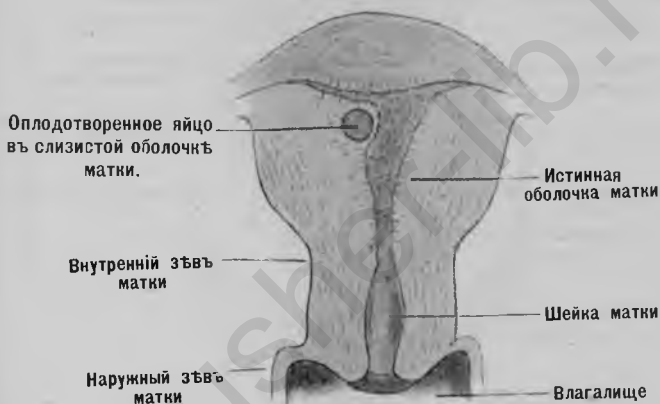
Если произошло зачатіе (беременность), то есть если находящееся въ яйцепроводѣ яичко было оплодотворено встрѣтившимся ему на пути мужскимъ сѣменемъ, — то преобразованное вслѣдствіе этого яичко развивается далѣе въ полости матки (см. рис. 6). Укрѣпившись въ слизистой оболочкѣ матки, яичко покрывается двумя своими оболочками, служащими ему для защиты отъ внѣшнихъ вліяній и для питанія; наружная оболочка, покрытая ворсинками, имѣющими форму развѣтвленія

корней, называется «ворсистою оболочкою», и внутренняя, гладкая—«водною оболочкою». Благодаря ворсистой оболочкѣ развивающееся яичко приобретает шероховатую поверхность и вслѣдствіе этого способно хорошо прикрѣпиться къ гладкой внутренней стѣнкѣ матки и получать питаніе отъ ея слизистой оболочки. Начиная со второго мѣсяца беременности находящіяся на наружной оболочкѣ яичка ворсинки растутъ, достигаютъ  $\frac{1}{3}$  величины яичка и выпускаютъ изъ себя вѣточки; это богатое развѣтвленіе ворсинокъ вросаетъ въ разросшуюся также, благодаря вліянію беременности и лучшему притоку крови, слизистую оболочку матки. Результатомъ обоюднаго разращенія оболочки яйца и слизистой оболочки матки постепенно образуется толстое, обильное кровью, губчатое тѣло, соединяющееся съ плодомъ посредствомъ «пуповины». Въ этомъ новообразованіи находятся кровеносные сосуды плода (2 пупочныя артеріи и одна пупочная вена), имѣющіе назначеніе отводить уже использованную кровь (насыщенную углекислотою) и приводить обратно ребенку кровь богатую кислородомъ. Это губчатое, большею частью круглое тѣло, прикрѣпленное къ передней или задней стѣнкѣ матки, называется «дѣтскимъ мѣстомъ», «послѣдомъ» или «плацентой»; оно служитъ посредникомъ для питанія и дыханія развивающагося плода. Подъ словомъ «дыханіе» здѣсь, понятно, нельзя подразумѣвать обыкновеннаго легочнаго дыханія (какъ у взрослыхъ), ибо въ такомъ случаѣ младенецъ при вдыханіи наглотался бы околоплодной жидкости и захлебнулся бы въ ней, но слѣдуетъ повимать дыханіе посредствомъ обмѣна и обновленія крови внутри плаценты. Постепенно, съ развитіемъ плода, ворсистая оболочка яйца начинаетъ тѣсно соприкасаться со слизистой оболочкою матки.

Увеличенная въ періодъ беременности и значительно разросшаяся, богатая кровеносными сосудами слизистая оболочка матки называется «отпадающей оболочкою». Она,

вмѣстѣ съ другой облегающей яйцо оболочкой, покрываетъ яйцо, такъ что вначалѣ можно различать два слоя отпадающей оболочки: часть, непосредственно прилегающую къ стѣнкамъ матки, — «истинная отпадающая оболочка», и часть, соприкасающуюся съ яйцомъ, — «завороченная оболочка»; современемъ оба эти слоя срастаются и сливаются вмѣстѣ (См. рисунокъ 7). Дѣтское мѣсто заканчиваетъ свое развитіе уже къ 3-ему мѣсяцу и состоитъ изъ материнской части слоя

Рисунокъ VI.



Беременная матка: прикрѣпленіе яйца въ слизистой оболочкѣ матки  $\frac{2}{3}$  натуральной величины.

отпадающей оболочки, выросшаго на встрѣчу ворсинкамъ и дѣтской части обильно разросшихся, уплотненныхъ, богатыхъ сосудами ворсинокъ. Дѣтская часть носитъ также названіе «дѣтскаго мѣста» (плацента).

Плодь, приобретающій уже на второмъ мѣсяцѣ человѣческое строеніе и форму, растетъ со дня на день, съ нимъ вмѣстѣ растетъ также и полость яйца и облегающія его яйцевыя оболочки. Полость яйца наполнена околоплодною жидкостью



(водой), дающей плоду возможность свободно двигаться и развиваться въ ней.

Наконецъ, плодъ достигаетъ зрѣлости. Зрѣлый ребенокъ имѣетъ въ среднемъ длину около 50 сантиметровъ (48—52) и минимальный вѣсъ въ 3.000 граммовъ (7<sup>1</sup>/<sub>2</sub> фунтовъ). Кожа

Рисунокъ VII.



Беременная матка на третьемъ мѣсяцѣ. Яйцо величиною приблизительно съ куриное выполняетъ полость матки. «Истинная» и «завороченная» оболочки еще отдѣлены другъ отъ друга. (Почти въ <sup>1</sup>/<sub>2</sub> натуральной величины).

его ярко розоваго цвѣта и покрыта сыровидною смазкою. На плечахъ и на верхнихъ частяхъ рукъ находится нѣжный пушокъ. Тверды только кости и хрящи головы. Ногти выступаютъ за кончики пальцевъ. Новорожденный зрѣлый ребенокъ тотчасъ послѣ своего рожденія кричитъ громкимъ голосомъ и быстро двигаетъ ручками и ножками. Преждевременно родив-

шійся (недоношенный) ребенокъ хотя тоже жизнеспособенъ послѣ 30-ти-недѣльной беременности, но проявленія жизни у него значительно слабѣе. Онъ кричитъ слабымъ голосомъ или визжитъ, производитъ дрожющія движенія, кожа его морщиниста, красна, какъ у рака, и густо покрыта пушкомъ; кости головы

Рисунокъ VIII.



Беременная матка на четвертомъ мѣсяцѣ. Ребенокъ въ черепномъ положеніи; вверху направо видно дѣтское мѣсто (плацента), находящееся на задней стѣнкѣ матки.

можно легко вдавить и сдвинуть; вѣсъ колеблется отъ 2.000 до 2.500 граммовъ (отъ 5 до 6<sup>1</sup>/<sub>4</sub> фунтовъ).

Съ увеличеніемъ яйца и плода идетъ рука объ руку также ростъ матки, такъ что на четвертомъ мѣсяцѣ беременности она выполняетъ почти всю полость малаго таза и поднимается въ большой тазъ; на шестомъ мѣсяцѣ дно матки достигаетъ высоты пупка, а на девятомъ — поднимается до высшаго своего

положенія — реберной дуги; но здѣсь дальнѣйшему ея росту встрѣчается препятствіе и потому животъ начинаетъ опускаться, такъ что къ концу девятаго мѣсяца онъ находится ниже реберной дуги.

Рядомъ съ измѣненіями, которыми сопровождается беременность, именно: спяшная отъ застоя кровообращенія окраска влагалища, обильныя выдѣленія изъ него, увеличеніе и нагрубаніе грудой, ростъ живота и образованіе ливій или рубцовъ беременности, появляются также измѣненія въ общемъ состояніи здоровья и самочувствія женщины. Таковы, на примѣръ, рвота и тошнота по утрамъ, отвращеніе къ извѣстнымъ кушаньямъ, склонность къ обморочнымъ состояніямъ, вялое пищевареніе (запоры) и въ концѣ беременности нерѣдко еще случаются частыя позывы къ мочеиспусканію и давленіе на низъ.

По истеченіи срока беременности (послѣ 270 — 280 дней отъ начала беременности), вслѣдствіе появляющихся въ это время родовыхъ «схватокъ» или «блей», наступаютъ «роды», то-есть изгнаніе плода и послѣда. Послѣ извѣстнаго времени (въ большинствѣ случаевъ черезъ 18—20 часовъ у первородящей, и черезъ 12 часовъ у многородящей) ребенокъ черезъ раскрытый каналъ маточной шейки и влагалище выходитъ большею частью головкою впередъ (черепное положеніе плода). Незадолго до этого обыкновенно разрывается околоплодный мѣшокъ и часть околоплодной жидкости (воды) вытекаетъ наружу. Спустя короткое время (приблизительно отъ  $\frac{1}{2}$  до  $\frac{3}{4}$  часа) послѣ рожденія ребенка выходятъ также отдѣлившіяся отъ стѣнокъ матки оболочки плода и дѣтское мѣсто (плацента) или просто — «послѣдъ».

Процессъ родовъ состоитъ въ томъ, что, вслѣдствіе схватокъ (родовыхъ блей) и сокращеній стѣнокъ матки, плодный пузырь начинаетъ опускаться и входитъ въ маточный зѣвъ,

Рисунокъ IX.



Роды въ черепномъ положеніи. Головка въ полости таза, роды въ ходу, матка сокращается, зѣвъ матки почти сглаженъ, предстоитъ разрывъ плоднаго пузыря. Время изгнанія плода.

отчего постепенно расширяется и раскрывается каналъ маточной шейки и, главнымъ образомъ, наружный зѣвъ матки (см. рис. 9). Съ каждой схваткой извѣстное количество околоплодной жидкости вгоняется въ нижнюю часть плоднаго пузыря— «пузырь вставляется». Такимъ способомъ края маточнаго зѣва постепенно раздвигаются и расширяются до такой степени, что

ихъ нельзя болѣе прощунать («зѣвъ матки раскрытъ»). Тогда пузырь разрывается и головка плода поступаетъ черезъ маточный зѣвъ во влагалище и оттуда, подѣ вліаніемъ сильныхъ потугъ (дѣйствіе брюшного пресси), прорѣзывается черезъ отверстіе влагалища наружу; за головкой слѣдуетъ туловище ребенка. Такимъ образомъ, въ процессѣ родовъ различаютъ періодъ раскрытія шейки матки и періодъ изгнанія плода. Послѣ рожденія ребенка происходитъ отдѣленіе и изгнаніе послѣда: подѣ вліаніемъ послѣродовыхъ болей (схватокъ), дѣтское мѣсто отдѣляется и отпадаетъ отъ стѣнки матки и проталкивается наружу, обыкновенно черезъ часть—другой послѣ рожденія младенца. Въ это время у родильницы, вслѣдствіе отдѣленія плаценты, появляется кровотеченіе (вытекаетъ отъ 300 до 500 граммовъ крови при нормальномъ теченіи родовъ), что, однако, не вліяетъ вредно на общее состояніе матери.— Этимъ заканчиваются роды. Понятно, что во время родового процесса въ маточномъ зѣвѣ и во влагалищѣ образуются ссадины и надрывы. Послѣ изгнанія своего содержимаго, матка значительно уменьшается въ размѣрѣ, и дно ея можетъ быть ошупано на высотѣ пупка въ видѣ твердаго шаровиднаго тѣла, прилегающаго къ передней стѣнкѣ живота (рисун. 10). Кровеносные сосуды слизистой оболочки матки, сооветствующіе мѣсту прикрѣпленія плаценты, сжимаются вслѣдствіе «послѣродовыхъ» схватокъ, и благодаря этому родильница предохранена отъ дальнѣйшихъ потерь крови.

## ГЛАВА V.

**Измѣненія организма матери въ послѣродовомъ періодѣ.**

«Послѣродовымъ» или «пуэрпериальнымъ» періодомъ называется извѣстный промежутокъ времени, въ теченіе котораго всѣ измѣненія организма, происшедшія во время беременности и родовъ, сглаживаются и отравленія организма снова приходятъ почти въ нормальное состояніе — происходитъ обратное развитіе половыхъ органовъ («регрессивный метаморфозъ»). Само собою понятно, что для этого процесса требуется извѣстное количество времени. Въ общемъ, для возстановленія или совершеннаго возвращенія половыхъ органовъ къ ихъ нормальному состоянію обыкновенно достаточно времени отъ 6 до 8 недѣль, почему прежде родильницу и называли «шестинедѣльницею». Не слѣдуетъ, конечно, смѣшивать съ этимъ того (болѣе короткаго) періода времени, въ продолженіе котораго родильница должна оставаться въ постели и нуждается въ особенномъ покоѣ и тщательномъ уходѣ: это время колеблется между 9—14 днями. У женщинъ, не кормящихъ грудью, обратное развитіе половыхъ органовъ идетъ немного медленнѣе и менструальныя крови появляются, обыкновенно, черезъ 6—8 недѣль послѣ родовъ, въ то время какъ у кормящихъ грудью, какъ мы это сказали выше, регулы въ большинствѣ случаевъ совершенно отсутствуютъ до прекращенія кормленія (отнятія отъ груди).

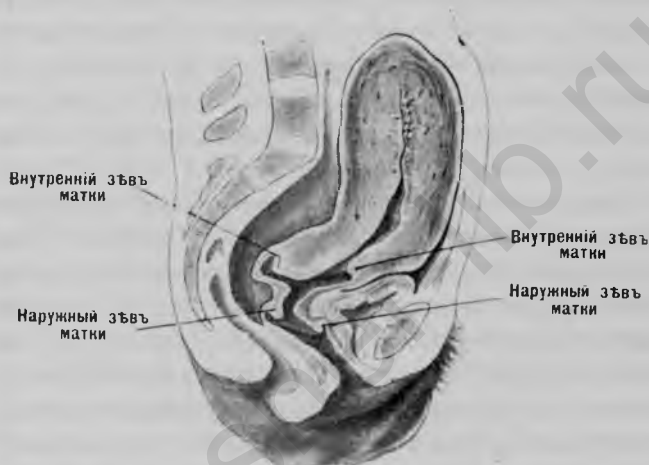
Для яснаго пониманія значенія послѣродового періода и необходимаго въ это время ухода за родильницей слѣдуетъ уяснить себѣ подробнѣе всѣ явленія, происходящія въ это время въ организмѣ родильницы.

Что касается мѣстныхъ измѣненій, то прежде всего подвергается обратному развитію и принимаетъ свою первоначальную величину — матка. Во время беременности тѣло матки было очень растянуто, и его можно ощущать еще въ первый день послѣродового періода на уровнѣ пупка. На третій день дно матки опускается ниже; на пятый день оно находится на границѣ между пупкомъ и лобкомъ (лоннымъ соединеніемъ), на десятый или одиннадцатый день его можно едва прощупать снаружи, такъ какъ въ это время матка опустилась въ полость малаго таза, но величною она еще бываетъ съ дѣтскую голову. Уменьшаясь далѣе, матка достигаетъ лишь на 6-ой недѣлѣ послѣ родовъ или еще позднѣе своей приблизительно первоначальной величины. Обратное развитіе матки совершается вслѣдствіе сморщиванія (перерожденія) ея мышечнаго слоя отъ такъ называемыхъ «послѣродовыхъ схватокъ», или сокращеній матки, являющихся по временамъ, и иногда (у многородящихъ) довольно болѣзненнымъ.

Полость матки послѣ выхода послѣда имѣетъ шероховатую, изрытую поверхность, въ особенности на томъ мѣстѣ, гдѣ была прикрѣплена плацента. Въ общемъ вся внутренняя поверхность матки напоминаетъ собою какъ бы одну сплошную рану. Благодаря сокращенію мышечнаго слоя предупреждается дальнѣйшее кровотеченіе изъ этого мѣста, изобилующаго открытыми кровеносными сосудами. И поэтому съ перваго же дня изъ матки выдѣляется лишь незначительное количество жидкой крови. Но здѣсь, какъ и въ каждой ранѣ, съ самаго началъ появляются выдѣленія, носящія названіе послѣродовыхъ очищеній или лохий. вмѣстѣ съ ними удаляются также и остатки разросшейся слизистой оболочки матки (отпадающая оболочка), въ то время какъ изъ оставшейся части, спустя нѣсколько недѣль, образуется новая слизистая оболочка матки, обладающая, въ общемъ, всѣми свой-

ствами прежней. Особенно долгое время продолжается заживление мѣста прикрѣпленія плаценты. Какъ разъ здѣсь остаются открытыми большіе кровеносные сосуды, вслѣдствіе чего родильница въ первые дни подвергается опасности повторныхъ кровотеченій, равно какъ и зараженія (инфекціи); также и на

Рисунокъ X.



Матка непосредственно послѣ родовъ: дно матки стоитъ немного выше пупка и тѣсно прилегаетъ къ передней стѣнкѣ живота. Шейка матки еще расширена и влаа. Въ верхнемъ отдѣлѣ полости матки видно обильное кровеносными сосудами мѣсто прикрѣпленія плаценты.

другихъ мѣстахъ (шейка матки, влагалище и входъ въ него) находятся открытыя раны.

Вслѣдствіе этого выдѣленія въ первый день имѣютъ кровавой цвѣтъ (красныя послѣродовыя выдѣленія), а со второго и третьяго дня они представляются кровяно-слизистыми; эти выдѣленія при обыкновенныхъ условіяхъ дѣлаются на шестой день желтовато-бѣлыми и лишь на восьмой день они совер-



ленно обезцвѣчиваются (бѣлыя послѣродовыя выдѣленія). Продолжительность выдѣленій различна у кормящихъ и не кормящихъ грудью женщинъ. У первыхъ она, обыкновенно, меньше, ибо подъ вліяніемъ кормленія матка лучше и правильнѣе сокращается (обратно развивается), чѣмъ у некормящихъ, у которыхъ отсутствуетъ благотворное вліяніе раздраженія грудныхъ железъ. На этомъ же основаніи періодъ послѣродовыхъ выдѣленій у некормящей бываетъ, обыкновенно, продолжительнѣе.

Послѣродовыя выдѣленія имѣютъ легкій острый запахъ, и содержать въ себѣ, вмѣстѣ съ кровью, еще слизь, остатки отпадающей оболочки; у здоровой родильницы эти выдѣленія никогда не издають гнилостнаго запаха.

Одновременно съ обратнымъ развитіемъ тѣла матки идетъ таковое же маточной шейки и маточныхъ связокъ. Тотчасъ послѣ родовъ маточная шейка еще сильно растянута и представляетъ собою длинную вялую трубку, а губы маточнаго зѣва вдаются во влагалище на-подобіе опущенныхъ парусовъ; въслѣдствіи онѣ снова укорачиваются и сходятся другъ съ другомъ, такъ что внутренній зѣвъ матки приблизительно на 10-ый или 12-ый день совершенно закрытъ и его влагалищная часть принимаетъ свой первоначальный видъ. Наружный же зѣвъ матки остается открытымъ болѣе продолжительное время. Ослабѣвшія маточныя связки (круглыя и широкія связки) приобрѣтаютъ лишь постепенно свою первоначальную упругость и прочность.

Обратному развитію подвергаются также влагалище и наружные половые органы. Влагалище постепенно суживается, но остается, однако, шире, чѣмъ оно было до родовъ. Оно вначалѣ не смыкается и зияетъ. У входа во влагалище часто образуются маленькіе разрывы и трещины (ссадины); всѣ раны снова заживаютъ, если не произошло загрязненія, и на ихъ мѣстѣ образуются рубцы. Обратному развитію или «регрес-

сивному метаморфозу» подвергаются также и брюшные покровы. Вслѣдствіе сильнаго ихъ растяженія во время беременности увеличивающейся маткой, они послѣ родовъ остаются вялыми; лишь постепенно приобрѣтаютъ они свою прежнюю эластичность и крѣпость, дающую имъ возможность поддерживать брюшные органы. Ослабѣвшіе брюшные покровы обусловливаютъ «отвислый животъ», который сильно уменьшаетъ работоспособность женщины.

Рука объ руку съ этими мѣстными измѣненіями происходятъ также общія перемѣны въ состояніи и самочувствіи родильницы. У каждой здоровой родильницы тотчасъ же послѣ родовъ наступаетъ приятное чувство успокоенія и является потребность отдыха. Съ самаго начала появляется также болѣе повышенная наклонность ко сну; черезъ нѣсколько дней чувство утомленія исчезаетъ, такъ что родильница не чувствуетъ себя болѣе больной. Обыкновенно блѣдность родильницы зависитъ отъ большей или меньшей потери крови при родахъ. Женщины, кормящія сами грудью, выглядятъ въ это время (если кормленіе имъ не вредитъ) гораздо лучше, чѣмъ не кормящія, и достигаютъ скорѣе своего первоначальнаго вѣса.

Нерѣдко непосредственно послѣ родовъ у родильницы появляется ознобъ, иногда сопровождаемый сильной дрожью. Если притомъ не замѣчается повышенія температуры, то это явленіе можно объяснить неизбѣжнымъ при родахъ обнаженіемъ тѣла (это не можетъ служить дурнымъ предзнаменованіемъ); но какъ только у родильницы появится лихорадочное состояніе (повышеніе температуры, жаръ) или ознобъ наступаетъ лишь позднѣе, слѣдуетъ опасаться заболѣванія.

Теплота тѣла, «температура», измѣряемая обыкновенно градусникомъ или термометромъ,—не должна подниматься до 38 градусовъ; эта температура служитъ вѣрнымъ признакомъ, что родильница больна. Въ общемъ у здоровыхъ людей мы

считаемъ нормальной среднюю температуру тѣла въ 37 градусъ Цельсія (около 36,5° утромъ и 37° вечеромъ) и въ этихъ же границахъ должна колебаться и температура родильницы; иначе говоря — правильный (нормальный) послѣродовой періодъ протекаетъ безъ повышенія температуры.

Точно такъ же важень у родильницы и пульсъ; у здоровой родильницы онъ обычно немного замедленъ (отъ 60 до 80 ударовъ въ минуту); во время пребыванія родильницы въ постели число ударовъ пульса можетъ быть еще меньше, такъ, напр., 50 и менѣе; во всякомъ случаѣ такой медленный пульсъ служить благопріятнымъ признакомъ. Послѣ вставанія родильницы съ постели пульсъ обыкновенно учащается. Пульсъ можетъ сдѣлаться быстрѣе также вслѣдствіе душевныхъ (психическихъ) волненій, если принять во вниманіе еще легкую возбудимость нервной системы у родильницы.

Каждая здоровая родильница потѣетъ, вслѣдствіе чего кожа ея всегда влажна; особенно это бываетъ замѣтно во время и послѣ сна и вслѣдъ за принятіемъ теплыхъ и горячихъ напитковъ.

Мочиспусканіе въ первые дни послѣ родовъ бываетъ гораздо обильнѣе, чѣмъ во время беременности. Количество ежедневно выдѣляемой мочи равняется приблизительно 1½ литрамъ (около 7—8 чайн. стак.) и болѣе, въ то время какъ беременныя выдѣляютъ лишь 900—1000 граммъ (4—5 чайныхъ стакана). Позывъ къ мочиспусканію даже и при переполненномъ мочевомъ пузырьѣ поразительно слабъ, ибо во время беременности брюшная полость была сильно растянута, теперь же брюшные покровы ослабѣли и позывъ, вслѣдствіе этого, не можетъ сильно проявиться. Обыкновенно первое мочиспусканіе слѣдуетъ лишь по истеченіи 12 часовъ послѣ родовъ. Иногда родильница вообще не въ состояніи мочиться (задержаніе мочи).

Стуль (опорожненіе кишечника), вслѣдствіе слабости брюшной мускулатуры (брюшного пресса) и продолжительнаго лежанія, обычно очень вяль.

Аппетитъ даже у здоровой родильницы вначалѣ не великъ; твердую пищу родильница вообще ѣсть плохо, наоборотъ, она весьма охотно пьетъ, благодаря увеличенному выдѣленію мочи и пота. Женщины, кормящія грудью, особенно часто жалуются на нестерпимую жажду, что легко объясняется потерею соковъ во время кормленія. Мало-по-малу аппетитъ уллучшается. Быстрый ростъ аппетита у кормящихъ грудью можетъ служить вѣрнымъ признакомъ, что кормленіе грудью полезно данной родильницѣ.

Вслѣдствіе большой потери жидкости (моча, выдѣленія изъ половыхъ органовъ, потъ) каждая родильница убываетъ въ вѣсѣ; эта потеря вѣса различными наблюдателями опредѣляется различно, но въ среднемъ равняется приблизительно  $7\frac{1}{2}$ — $8\frac{1}{2}$  фунтамъ. Женщины, кормящія грудью, пополняютъ эту убыль въ вѣсѣ быстрѣе, чѣмъ не кормящія.

## ГЛАВА VI.

### Проявленія жизни у новорожденнаго ребенка.

«Новорожденнымъ» мы называемъ ребенка до тѣхъ поръ, пока онъ еще носитъ на себѣ слѣды своего пребыванія въ утробѣ матери. Этотъ періодъ продолжается недолго, именно до полнаго заживленія раны пупка, то-есть самое большое 10—14 дней. Но эта переходная стадія имѣетъ очень важное значеніе въ жизни ребенка, ибо во время родовъ и послѣ нихъ въ дѣтскомъ организмѣ происходятъ существенныя измѣненія: всѣ органы ребенка, находившіеся до сего времени въ покоѣ

и бездѣйствию, начинаютъ проявлять свою дѣятельность и, наоборотъ, работавшіе до сихъ поръ органы обречены на бездѣйствіе.

Дыханіе новорожденнаго, происходившее до сихъ поръ (въ утробѣ матери) черезъ посредство дѣтскаго мѣста (плаценты) и пуповины, тотчасъ же послѣ родовъ начинается совершаться черезъ легкія, воздушные пузырьки которыхъ постепенно расширяются входящимъ въ нихъ воздухомъ, такъ что съ этого времени дыханіе происходитъ у него, какъ у взрослаго (сравн. главу I). Кровеносные сосуды пуповины, составлявшіе до сихъ поръ связующее звено между плодомъ и дѣтскимъ мѣстомъ для дыханія и питанія, остаются въ бездѣйствию. Благодаря этому и питаніе должно совершаться теперь другимъ путемъ, то-есть черезъ пищеварительный каналъ отъ полости рта до прямой кишки. .

Что касается дѣятельности сердца у новорожденнаго, то число ударовъ пульса все еще значительно увеличено въ сравненіи съ таковымъ же у взрослаго, но меньше, однако, чѣмъ во время утробной жизни. Во время развитія плода число это равнялось 140 ударамъ въ минуту, теперь оно уменьшается до 120 и лишь постепенно до 100 и менѣе; также и дыханіе, происходящее у взрослаго около 16—18 разъ въ минуту, у ребенка вначалѣ еще немного ускорено (30—36); въ общемъ число дыханій и ударовъ пульса колеблется въ небольшихъ предѣлахъ, такъ, наиримѣръ, и то и другое во снѣ бываетъ немного замедлено.

Температура тѣла ребенка, пока онъ находится еще въ утробѣ матери, всегда немного повышена, приблизительно до  $37,8^{\circ}$ , но послѣ перваго купанія она падаетъ до  $37^{\circ}$ , чтобы затѣмъ снова немного подняться. Температуру, превышающую  $38^{\circ}$ , а также значительно ниже  $37^{\circ}$ ,— слѣдуетъ считать болѣзненнымъ признакомъ.

Съ первыхъ же дней появленія на свѣтъ ребенокъ спитъ очень много. Сонъ въ это время составляетъ, такъ сказать, «нормальное состояніе» ребенка. Уже послѣ рожденія младенецъ впадаетъ въ глубокой сонъ и просыпается, въ большинствѣ случаевъ, лишь тогда, когда помочится, испачкается или почувствуетъ голодъ. Крѣпкія и здоровыя дѣти жадно набрасываются на грудь; въ общемъ потребность ѣды (аппетитъ) въ эти первые дни жизни еще очень небольшая. Постепенно, однако, аппетитъ увеличивается; вмѣстѣ съ тѣмъ исчезаетъ чрезмѣрная склонность ко сну. Преждевременно родившіяся (недоноски) и слабыя дѣти проявляютъ, наоборотъ, спящую склонность ко сну и слабую потребность питанія.

Проявленія жизни у ребенка вначалѣ еще очень слабы. Онъ заявляетъ о своемъ существованіи крикомъ, когда онъ мокрый или испытываетъ чувство голода. Здоровыя дѣти кричатъ громко и сильно, но не безостановочно; слабыя, особенно недоноски — визжать. Продолжительный крикъ, не прекращающійся даже послѣ того, какъ ребенка положили въ сухое бѣлье и удовлетворили его голодъ, можетъ быть вызванъ только его болѣзненными ощущеніями. Няня должна всегда въ такихъ случаяхъ извѣщать объ этомъ врача; то же самое должна она дѣлать и при появленіи другихъ подозрительныхъ признаковъ нарушенія здоровья.

*Дѣятельность пищеваренія* съ этого времени происходитъ у ребенка точно такъ же, какъ и у взрослога, съ тою только разницею, что пищеварительная способность нѣкоторыхъ частей его желудочно-кишечнаго канала не такъ рѣзко проявляется. Соответственно этому должно также приспособляться и предлагаемое ребенку питаніе. Не только качество, но также и количество пищи, согласуясь съ ограничевною способностью дѣтскаго желудка къ растяженію и съ вертикальнымъ положеніемъ его, должно быть опредѣленнымъ и точно

отмѣреннымъ. Емкость или вмѣстимость желудка въ первые дни жизни равняется лишь 40—45 кубическимъ сантиметрамъ ( $\frac{1}{4}$  чайнаго стакана), впоследствии она достигаетъ 90 куб. сант. и болѣе. У дѣтей, питающихся молокомъ матери, желудокъ опорожняется спустя 2 часа послѣ принятія пищи, у искусственно вскармливаемыхъ—въ большинствѣ случаевъ лишь послѣ 3-хъ часовъ. Желудочный сокъ у ребенка уже въ состояніи переваривать пищу и переводить ее въ форму, способную всасываться въ кишечникъ, хотя и не въ такой степени, какъ у взрослога; отдѣленіе же слюны въ полости рта, напротивъ, еще очень слабо. Кромѣ того, слюна еще не обладаетъ тѣми же свойствами, какъ у взрослыхъ.

Въ первые дни ребенку достаточно давать всякій разъ 25—30 граммовъ (2 столов. ложки) молока; это количество впоследствии постепенно возрастаетъ и достигаетъ до 80—100 грамм. (ср. таблицу II). Опорожненіе кишечника (стулъ), соотвѣтственно питанію, бываетъ различно. Въ первые 2—3 дня испражненія ребенка, подъ вліяніемъ богатаго солями молока и его слабительнаго дѣйствія, имѣютъ зеленовато-черный цвѣтъ и тягучую, слизистую консистенцію—это такъ называемый «первородный калъ» или меконій. Первородный калъ содержитъ въ себѣ желчь, слизь кишекъ, проглоченные пушковые волосы и т. д. Послѣ 3—4 дней испражненія ребенка припимаютъ золотисто-желтую окраску—это уже молочныя испражненія; онѣ имѣютъ кашицеобразную, наподобіе мази, консистенцію и слабо-кислый, пряный запахъ. Обыкновенно стулъ у ребенка бываетъ 2—3 раза въ день и не сопровождается никакими болевыми ощущеніями. Лимонно-желтый цвѣтъ испражненій остается и дальше, при условіи, что ребенокъ хорошо переноситъ питаніе; уклоненіе отъ этого нормальнаго состоянія, именно, появленіе снова зеленоватой окраски стула, указываетъ на разстройство

пищеваренія и объ этомъ слѣдуетъ сообщить врачу. Испражненія при кормленіи ребенка коровьимъ молокомъ бываютъ немного плотнѣе, вмѣстѣ съ тѣмъ они имѣютъ болѣе острый запахъ. Въ случаѣ если экскременты содержатъ въ себѣ отдѣльные куски, похожіе на рубленные яйца, или же если они имѣютъ много слизи, водянисты и очень дурно пахнутъ—это служить признакомъ разстройства пищеваренія. Здѣсь слѣдуетъ помнить правило: немедленно пригласить врача!

Послѣ того, какъ ребенокъ принялъ и переварилъ достаточное количество пищи, начинается также и мочеиспусканіе, которое происходитъ довольно часто (приблизительно 10—15 мочеиспусканій въ теченіе 24 часовъ). Моча вначалѣ выглядит очень мутной, впоследствии же она дѣлается постепенно чистой и прозрачной и имѣетъ блѣдно-желтый цвѣтъ. Иногда на пеленкахъ замѣчаются красноватые пятна; послѣднія происходятъ отъ осадка мочи — мочевой кислоты и мочекислыхъ солей и не имѣютъ никакого особеннаго значенія. Крайне скудное выдѣленіе мочи указываетъ на недостаточное питаніе ребенка или же на болѣе серьезныя разстройства (см. ниже).

Весьма важно состояніе отръзка пуповины на животикѣ младенца, ибо здѣсь легко можетъ произойти зараженіе, хотя остатокъ пуповины и не имѣетъ уже открытыхъ кровеносныхъ сосудовъ; послѣдніе наполняются кровяными сгустками и перерождаются. Остатокъ пуповины постепенно засыхаетъ и обыкновенно отпадаетъ послѣ 5-го или 8-го дня, при чемъ у болѣе здоровыхъ и крѣпкихъ дѣтей это происходитъ раньше, у слабенькихъ же и недоносковъ—позднѣе. На мѣстѣ отпаденія пуповины остается маленькая ранка, которая постепенно зарубцевывается и покрывается кожей, сливающеюся съ сосѣдними кожными покровами. Пупочная ямка и «пупокъ» втягиваются въ животъ на-подобіе воронки и, въ большинствѣ случаевъ въ концѣ второй недѣли пупокъ окончательно заживаетъ.



Послѣ того какъ у новорожденнаго смываютъ съ поверхности тѣла сыровидную смазку, яркорозовый цвѣтъ его кожи дѣлается болѣе краснымъ вслѣдствіе раздраженія отъ холода окружающаго воздуха. Бросающаяся въ глаза блѣдность кожи новорожденнаго указываетъ на его большую слабость (напримѣръ при кровотеченіяхъ изъ остатка пуповины) или на недостаточное дыханіе. Болѣе чѣмъ у половины дѣтей (60—80%) черезъ нѣсколько дней послѣ родовъ кожа приобретаетъ легкую желтоватую окраску («желтуха новорожденныхъ»), но эта окраска обыкновенно скоро исчезаетъ сама собою, и если сюда же не присоединяются другія заболѣванія (безпокойство, поносы и т. д.), то это явленіе нельзя считать болѣзненнымъ. Съ поверхности кожи ребенка иногда отдѣляются чешуйки, но и это не имѣетъ никакого угрожающаго значенія. Слѣдуетъ опасаться и немедленно пригласить врача лишь въ томъ случаѣ, если слущиваніе кожи происходитъ въ видѣ большихъ лоскутковъ (ключевъ), въ особенности на ладоняхъ и на подошвахъ ногъ.

Головка новорожденнаго часто послѣ родовъ бываетъ сильно опухшей (такъ называемая родовая опухоль головки); это происходитъ вслѣдствіе продолжительнаго давленія на нее во время прохожденія родовыхъ путей. Но опухоль проходитъ сама собою въ нѣсколько дней. Не рекомендуется предпринимать противъ этого мѣръ; такъ, напримѣръ, не слѣдуетъ ни давить, ни разминать, ни «нравить» головки, если она даже кажется неправильной.

Спереди на головкѣ младенца можно прощупать «большой родничокъ», представляющій собою мягкую впадину или промежутокъ между краями лобной и темянныхъ костей. Эта впадина зарастаетъ (окостенѣваетъ) лишь въ концѣ перваго года жизни. Голова икрыта густымъ пушкомъ волосъ; на кожѣ черепа происходитъ весьма дѣятельное отдѣленіе салныхъ и

потовыхъ железъ. Иногда голова покрывается желтоватыми чешуйками (перхоть, себоррея); съ этимъ явленіемъ нужно бороться съ самаго начала.

Вѣсъ новорожденнаго зависитъ, съ одной стороны, отъ его зрѣлости и развитія, съ другой—отъ способа его питанія (подробнѣе см. таблицу III).

Вслѣдствіе обильныхъ выдѣленій и слущиванія чешуекъ кожи, въ особенности при недостаточномъ питаніи, ребенокъ съ момента появленія на свѣтъ и почти до 4-го дня жизни теряетъ въ вѣсѣ; эта убыль, на основаніи многочисленныхъ наблюденій, равняется приблизительно 200 граммамъ ( $\frac{1}{2}$  фунта). Начиная съ четвертаго или пятаго дня жизни, дѣти, получающія материнское молоко, прибываютъ въ вѣсѣ ежедневно по 25—30 граммовъ и болѣе, такъ что послѣ 8—10 дней они, пополнивъ убыль, достигаютъ своего первоначальнаго вѣса и продолжаютъ прибывать въ вѣсѣ нѣкоторое время до 150—200 граммовъ въ недѣлю. При искусственномъ же вскармливаніи наростаніе вѣса въ первое время обыкновенно идетъ не такъ быстро (и, значитъ, свой первоначальный вѣсъ ребенокъ пріобрѣтаетъ гораздо позже); лишь впоследствии, когда ребенокъ привыкаетъ къ этой формѣ пищи, она становится для него и достаточной. Отдѣльные приемы пищи возрастаютъ со дня на день и достигаютъ, наконецъ, 90 грамм. и болѣе, такъ что впоследствии ребенокъ довольствуется меньшимъ числомъ приемовъ пищи (6 противъ 8 въ началѣ). Хорошо вскармливаемая дѣти, при своемъ первоначальномъ вѣсѣ въ 7—7 $\frac{1}{2}$  фунтовъ, въ концѣ 4-го мѣсяца вѣсятъ приблизительно около 15 фунтовъ, а въ концѣ перваго года жизни до 21—22 $\frac{1}{2}$  фунтовъ. Исхуданіе, особенно легко замѣчаемое на бедрахъ въ видѣ сморщиванія и вялости покрывающей ихъ кожи, обусловливается недостаточнымъ питаніемъ или какою-нибудь болѣзвью.

Иногда у новорожденныхъ набухаютъ груди (молочныя железы) и выдѣляютъ млекообразную жидкость, называемую «птичьимъ молокомъ» (у нѣмцевъ это называется молокомъ вѣдьмы — Hexenmilch, а также козлинымъ молокомъ — Boskmilch). Лучше всего не трогать въ это время груди и предохранять ихъ отъ давленія; въ большинствѣ случаевъ выдѣленія черезъ нѣсколько дней прекращаются, и на второй недѣлѣ груди приходятъ въ свое нормальное состояніе.

Изъ органовъ чувствъ у младенца прежде всего начинается проявляться вкусовая дѣятельность, хотя уже съ перваго момента жизни новорожденный воспринимаетъ также и ощущенія свѣта: при слишкомъ яркомъ освѣщеніи вѣки его мигаютъ и замыкаются. Позднѣе всѣхъ начинаютъ развиваться органы слуха и обонянія. Чувство осязанія у него также проявляется очень рано. Ребенокъ скоро научается выражать чувства удовольствия и недовольства, также и ощущать боли. Ощущенія холода и тепла онъ воспринимаетъ хорошо, что ясно замѣтно при его купаніи (дрожаніе и крикъ въ холодной и, наоборотъ, чувство удовольствия въ равномѣрно теплой ваннѣ). Чувство голода (какъ уже сказано выше) рѣзко ощущается ребенкомъ и выражается сильнымъ крикомъ или плачемъ. Всѣ мускульныя движенія выполняются здоровымъ ребенкомъ сильно и отчетливо, такъ, на примѣръ, сосательныя движенія при питъѣ молока и дыхательныя движенія грудной клѣтки. Мышцы конечностей двигаются очень живо, въ особенности въ ваннѣ, при купаніи.

# Спеціальная часть.

---

## ВВЕДЕНІЕ.

---

### ГЛАВА I.

#### Очеркъ общаго ухода за больными.

Каждая обученная сидѣлка по уходу за родильницей должна такъ же хорошо быть знакома съ общими правилами ухода за больными, какъ и всякая больничная сидѣлка вообще; на этомъ основаніи, прежде чѣмъ перейти къ изложенію спеціальнаго ухода за родильницей, я хочу остановиться на нѣкоторыхъ особенно важныхъ пунктахъ общаго ухода за больными.

Прежде всего, какъ при уходѣ за родильницей, такъ равно и при уходѣ за больными вообще, главную роль играетъ чистоплотность и опрятность. Недаромъ же нами было указано выше, что на родильницу слѣдуетъ смотрѣть, какъ на раненую.

Раны, то есть разрывы, ссадины, разрѣзы кожи или лежащихъ болѣе глубоко подъ нею мягкихъ частей могутъ легко быть заражены («инфицированы») прикосновеніемъ къ нимъ нечистыхъ, т. е. содержащихъ болѣзнетворные зародыши (гноеродныя бактеріи) предметовъ, и это ведетъ тогда къ

тяжкому мѣстному или общему заболѣванію — «воспаленію раны». Загрязненіе раны мы называемъ зараженіемъ или инфекціей; избѣжать или предохранить отъ этого возможно при помощи «дезинфекціи» (обеззараживанія).

Подъ словомъ «дезинфекція» мы понимаемъ уничтоженіе болѣзнетворныхъ (патогенныхъ) зародышей или микроорганизмовъ; «дезинфецировать себя» — значитъ освободить себя отъ присутствія этихъ возбудителей болѣзни. Какъ намъ теперь уже доподлинно извѣстно, сдѣлать это лишь простымъ обмываніемъ одною водою — невозможно; для этого необходимо прибавленіе къ ней особыхъ веществъ, такъ называемыхъ «дезинфекціонныхъ средствъ». Съ помощью ихъ врачъ, акушерка и сидѣлка выполняютъ первый и самый высшій долгъ — соблюденія чистоты.

Какъ сильно вредила нечистоплотеость въ прежнее время, когда врачамъ еще не была знакома наука о дезинфекціи, показываетъ лучше всего исторія «родильной горячки». Эта тяжкая болѣзнь послѣродового періода разрушила не одно семейное счастье, быстро и неожиданно унося въ могилу мать-родильницу.

Въ то время какъ въ началѣ 19-го столѣтія и даже еще въ срединѣ его изъ ста женщинъ-родильницъ приблизительно каждая десятая была жертвою родильной горячки, мы встрѣчаемъ теперь гораздо рѣже смертные случаи отъ зараженія ранъ, такъ что въ хорошо устроенныхъ родильныхъ заведеніяхъ и пріютахъ наблюдается самое большое — одинъ случай со смертельнымъ исходомъ на 1000 случаевъ родовъ, — процентъ во много разъ меньшій, чѣмъ прежде <sup>1)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Смертность отъ родильной горячки внѣ стѣнъ родильныхъ учреждений, въ частной практикѣ, еще все-таки довольно велика. Согласно наблюденіямъ Шульца, въ Германіи еще теперь уми-

Хотя уже въ серединѣ XIX столѣтія одинъ акушеръ, Игнатій Земмельвайсъ<sup>1)</sup> (приблизительно въ 1847 году) указалъ на опасность зараженія трупнымъ ядомъ для родильницы и выработалъ извѣстные наставленія для его уничтоженія, но лишь въ началѣ семидесятыхъ годовъ англійскій врачъ Листеръ ввелъ въ хирургию вещество, способное умертвить зародыши воспаленія ранъ и обезвредить этотъ ядъ, именно карболку (карболовая кислота, феноль). Это дезинфекціонное средство было долгое время въ употребленіи сначала при хирургическихъ операціяхъ, потомъ и въ акушерствѣ. Благодаря новому открытію, въ хирургическихъ клиникахъ значительно понизилась цифра смертности отъ губительныхъ до сихъ поръ заразныхъ болѣзней: гнойнаго воспаленія ранъ и рожи (рожистое воспаленіе). Также и въ акушерской практикѣ были получены блестящіе результаты послѣ примѣненія этого благотворнаго «антисептическаго» способа, при чемъ «карболкой» стали дезинфецировать руки, инструменты и раны. Съ теченіемъ времени существенно измѣнились предписанія относительно употребленія карболки; благодаря классическимъ работамъ Роберта Коха и его учениковъ намъ стали извѣстны зародыши воспаленія ранъ (микробы), ихъ разводка (культура) и способы борьбы съ ними. Во всякомъ случаѣ мы теперь въ состояніи, опираясь на антисептическія или дезинфекціонныя

---

раетъ ежегодно нѣсколько тысячъ (около 5000) женщинъ отъ родильной горячки!

<sup>1)</sup> Игнатій Земмельвайсъ впервые указалъ на то обстоятельство, что родильная горячка есть не что иное, какъ зараженіе ранъ и можетъ передаться съ одной родильницы на другую. Къ сожалѣнію, его ученіе тогда еще не было понято и вслѣдствіе этого не дало значительныхъ результатовъ. Въ настоящее время ученіе Земмельвайса признано какъ одно изъ величайшихъ открытій науки.

средства, предупреждать родильную горячку, а это и составляет главнѣйшую и самую важную задачу всякой акушерской помощи.

Понятіе чистоты, очищенія (дезинфекціи) распространяется въ общемъ на все то, что приходитъ въ соприкосновеніе съ ранами, а именно:

- 1) на руки
- 2) » инструменты
- 3) » перевязочный матеріаль.

Прежде чѣмъ перейти къ описанію способовъ дезинфекціи, я хочу очертить вкратцѣ, какъ слѣдуетъ себѣ представлять зараженіе ранъ. На всѣхъ предметахъ, приходящихъ въ соприкосновеніе съ больнымъ, и вокругъ больного находятся мельчайшіе зародыши болѣзней; эти мельчайшія существа (грибки, споры, бактеріи), попадая въ рану, немедленно вызываютъ тяжкое воспаленіе, сопровождаемое покраснѣніемъ, припухлостью, жаромъ и болѣзненностью раны. Прежде думали, что подобное воспаленіе можетъ возникнуть только вслѣдствіе простуды или другихъ причинъ, теперь же мы знакомы съ цѣлымъ рядомъ возбудителей воспаленія и имѣемъ даже возможность культивировать ихъ и изучать въ естественныхъ условіяхъ ихъ жизни. Эти ядовитые зародыши нельзя различить простымъ невооруженнымъ глазомъ, но ихъ можно ясно видѣть черезъ сильныя, устроенныя извѣстнымъ образомъ, увеличительныя стекла (микроскопъ); благодаря тому, что эти микроорганизмы могутъ быть легко окрашены нѣкоторыми красящими веществами, мы можемъ ихъ видѣть весьма отчетливо. Если подобные возбудители болѣзни, вызывающіе, кромѣ воспаленія ранъ, также и другія заразныя болѣзни (рожу, скарлатину, дифтеритъ, тифъ, холеру и т. д.) попадаютъ черезъ раны въ организмъ человѣка, вѣрнѣе сказать, въ его систему

кровообращенія, то они рядомъ съ мѣстнымъ воспалительнымъ процессомъ, вызываютъ прежде всего лихорадку, повышение температуры тѣла (жарь). Организмъ при помощи высокой температуры старается бороться съ проникающимъ въ него ядомъ. Зародыши болѣзней находятся всюду: въ воздухѣ, въ землѣ, въ водѣ, въ пыли и на окружающихъ насъ предметахъ. Изъ этихъ зародышей особенно опасными считаются тѣ, которые находятся въ гноящихся ранахъ (гноеродные микробы), напримѣръ, въ воспаленныхъ грудныхъ железахъ, въ вонючихъ выдѣленіяхъ родильницы, въ гнилой околоплодной жидкости и такъ далѣе. Нѣсколькихъ подобныхъ микробовъ вполне достаточно, чтобы вызвать тяжкое, быстро ведущее къ смерти, гнойное воспаленіе, ибо они обладаютъ способностью быстро размножаться въ ранѣ; изъ небольшого числа микробовъ въ теченіе короткаго времени развиваются милліоны; кромѣ того эти гнойные микробы вырабатываютъ яды (токсины), имѣющіе свойство разрушать ткани тѣла.

Задача дезинфекціи и состоитъ именно въ томъ, чтобы не только устранять и предохранять организмъ отъ этихъ опасныхъ непрошенныхъ гостей, но чтобы ихъ истреблять или ослаблять ихъ губительное дѣйствіе.

Существуютъ различныя средства для уничтоженія болѣзнетворныхъ микроорганизмовъ.

1) *Химическія средства* (такъ называемыя дезинфекціонныя средства, антисептика). 2) Обезвреживаніе или стерилизація при помощи высокой температуры или жара въ 100 градусовъ Цельсія (кипящая вода, перегрѣтый текучій паръ, горячій воздухъ).

Первыя изъ нихъ (химическія средства) примѣняются главнымъ образомъ для дезинфекціи рукъ, послѣднія—для дезинфекціи инструментовъ и перевязочнаго матеріала.

Изъ химическихъ дезинфецирующихъ средствъ я назову



прежде всего: сулему, водный растворъ крезола съ мыломъ, лизоль, карболовую кислоту и алкоголь (сиртъ), затѣмъ еще борную кислоту, іодоформъ, лизоформъ и другія.

Сулема представляетъ собою ртутный препаратъ (двухлористое соединеніе ртути), имѣющій видъ простого бѣлаго порошка, на самомъ же дѣлѣ обладающаго сильнѣйшими ядовитыми свойствами; небольшой дозы его, принятой внутрь, достаточно, чтобы причинить человѣку смерть въ страшныхъ мученіяхъ (отравленіе сулемой). Сулема, какъ и всѣ другія дезинфекціонныя средства, постоянно употребляется лишь въ водномъ растворѣ и притомъ, вслѣдствіе ея очень сильныхъ дезинфицирующихъ свойствъ, въ сильномъ разбавленіи, именно— 1 граммъ на 1 литръ = 1000 граммъ воды ( $\frac{1}{10} = 0,1\%$  растворъ)<sup>1)</sup>. Растворъ долженъ быть чистымъ и прозрачнымъ; если онъ мутенъ, то онъ негоденъ для употребленія. Для отличія отъ другихъ растворовъ сулема обыкновенно окрашивается, при помощи красящаго вещества, въ синій, зеленый или красный цвѣтъ. Она находится въ продажѣ въ видѣ лешекъ (пастилъ) Ангерера (состоящихъ изъ сулемы, смѣшанной съ поваренной солью) и окрашенныхъ въ красный цвѣтъ; эти лешечки имѣются вѣсомъ въ 1 и  $\frac{1}{2}$  грамма и на бумажной упаковкѣ находится ярлычокъ съ надписью: «ядъ»; ихъ водный

---

<sup>1)</sup> Растворъ мы называемъ однопроцентнымъ (1%) если мы 1 граммъ дезинфекціоннаго средства, на примѣръ лизоля, растворяемъ въ 100 частяхъ (граммахъ) воды; слѣдовательно въ 1000 грам. воды растворено 10 грам. этого средства. Карболовой кислоты, дезинфицирующія свойства которой слабѣе, берутъ 3 грамма на 100 граммъ воды, что равняется 30 грам. въ 1000 грам. воды; этотъ растворъ поэтому называютъ трехъ-процентнымъ. Сулема въ однопроцентномъ растворѣ оказалась бы слишкомъ сильною; поэтому мы ее употребляемъ растворенною въ пропорціи 1 : 1000, то есть растворъ одной десятой процента.

растворъ имѣеть прозрачный красный цвѣтъ. Эти сулемовыя пастилки предписано держать подъ замкомъ. Примѣнять это средство можно лишь по предписанію врача, но отнюдь не по собственному усмотрѣнію, и притомъ всегда только для дезинфекціи рукъ, но не для обмываній и спринцованій влагалища, ибо сулема всасывается слизистою оболочкою влагалища и вслѣдствіе этого могутъ появиться симптомы отравленія. Сулема не должна также употребляться для дезинфекціи, кипяченія и обмыванія въ ней инструментовъ, ибо послѣдніе отъ этого чернѣютъ. Сулема хотя и представляетъ собою наилучшее и наибѣрнѣйшее дезинфекціонное средство, но вмѣстѣ съ тѣмъ она какъ въ твердомъ состояніи, такъ равно и въ водномъ своемъ растворѣ—очень опасный ядъ. Поэтому слѣдуетъ соблюдать величайшую осторожность при ея примѣненіи и храненіи.

Наряду съ сулемой въ практикѣ часто употребляютъ мыльный крезоль (смѣсь воднаго раствора крезола съ мыломъ), представляющій собою коричневую, маслянистую, сильно пахучую жидкость, примѣняемую въ растворѣ 1 на 100 (=однопроцентный растворъ). Это средство дѣлаеть кожу рукъ скользкою и эластичною. Подобный же составъ, какъ и мыльный крезоль, имѣеть продаваемый всюду въ оригинальныхъ бутылкахъ лизоль. Онъ примѣняется въ такомъ же (однопроцентномъ) растворѣ. И съ этими средствами сидѣлка должна обращаться осторожно, ибо они ядовиты и, главнымъ образомъ, очень ѣдки. Растворъ лизоля можно также употреблять для спринцеванія влагалища.

Карболовая кислота представляетъ собою маслянистую, прозрачную, почти какъ вода, жидкость; она очень ядовита и весьма ѣдка и должна всегда примѣняться въ сильномъ разбавленіи водою. Прежде для дезинфекціи рукъ употребляли 3-хъ-процентный, а для спринцованія влагалища—двухъ-процентный растворъ карболовой кислоты. Приготовление раствора

производится, какъ и изъ лизоля, такимъ образомъ, что въ измѣрительномъ цилиндрѣ отмѣряютъ 30 или 20 граммъ жидкой концентрированной карболовой кислоты и затѣмъ выливаютъ ее въ чашку съ 1000 грам. теплой воды и постояннымъ помѣшиваніемъ растворяютъ ее. При изготовленіи раствора не слѣдуетъ дѣлать наоборотъ, то есть сначала вливать въ кружку карболовую кислоту, а потомъ воду; ибо карболка тяжелѣе воды и опускается на дно, и поэтому при обмываніи и спринцеваніи можно сильно прижечь ею половые органы. «Жидкая» или «чистая» концентрированная карболовая кислота при долгомъ стоянніи получаетъ красноватую окраску. Карболовая кислота есть сильный ядъ, разрушительно дѣйствующій на кожу и на слизистую оболочку, а при употребленіи внутрь она ведетъ черезъ нѣсколько часовъ къ вѣрной и мучительной смерти. Водный растворъ ея ядовитъ. Поэтому также слѣдуетъ соблюдать величайшую осторожность при ея примѣненіи и сохраненіи (На бутылкахъ съ карболовой кислотой должны быть наклеены ярлыки съ надписью: «Ядъ! Только для наружнаго употребленія. Употреблять только сильно разбавленную»). У нѣкоторыхъ людей кожа рукъ не переноситъ карболки; вмѣсто нея въ послѣднее время предпочитаютъ смѣсь крезола съ мыломъ или лизоль, и особенно — растворъ зеленого мыла въ 40% формалинѣ, называемый лизоформомъ; всѣ эти средства дѣлаютъ руки скользкими. Послѣднее средство обладаетъ кромѣ того еще очень хорошимъ пріятнымъ запахомъ.

Алкоголь (винный спиртъ) представляетъ собою дезинфекціонное средство, которое, въ противоположность вышеописаннымъ, гораздо менѣе ядовито и можетъ примѣняться какъ для дезинфекціи рукъ, такъ равно и инструментовъ, обыкновенно въ видѣ 70% раствора. Чаще всего алкоголь употребляютъ для обтиранія уже вымытыхъ въ горячей водѣ рукъ (см. ниже), такъ сказать, для подготовки кожи къ специаль-

ной дезинфекціи. Въ послѣднее время алкоголь по праву занялъ одно изъ почетныхъ мѣстъ среди дезинфекціонныхъ средствъ.

Іодоформъ—желтоватый, сильно и непріятно пахнущій порошокъ. Онъ теперь употребляется очень рѣдко—по предписанію врача, какъ присыпка для ранъ, такъ, напр., при разрывахъ промежности и также въ видѣ пропитанной іодоформомъ (3<sup>o</sup>/<sub>o</sub>—5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>) марли.

Борная кислота представляетъ собою безвредное, почти неядовитое, но и не такъ энергично дѣйствующее дезинфекціонное средство. Такъ какъ у новорожденныхъ нельзя примѣнять ядовитыя дезинфекціонныя средства, то здѣсь какъ разъ пригодна борная кислота въ водномъ 3—4<sup>o</sup>/<sub>o</sub> растворѣ (можно купить въ аптекѣ подъ названіемъ «борной воды»).

Растворъ уксуснокислаго глинозема или «квасцовъ» представляетъ собою прозрачную и свѣтлую жидкость, съ кислотнымъ запахомъ, обладающую способностью растворяться въ водѣ; это средство хотя не сильно дезинфецируетъ, но зато оно неядовито. Его употребляютъ для полосканій или компрессовъ въ растворѣ—2 столовыя ложки на литръ воды. При продолжительномъ стояніи этотъ растворъ дѣлается мутнымъ, но съ прибавленіемъ борной кислоты (приблизительно 1 граммъ кислоты на 100 грам. глинозема) онъ можетъ сохраняться дольше и не теряетъ при этомъ своихъ свойствъ.

Кромѣ перечисленныхъ средствъ при леченіи ранъ употребляется еще цѣлый рядъ другихъ, которыя можетъ назначать только врачъ, такъ, на примѣръ, взамѣнъ сильно и непріятно пахнущаго іодоформа употребляютъ ксероформъ, дерматолъ и др.; кромѣ того для впусканія въ глаза (обычно каждому новорожденному) теперь употребляютъ одно-процентный растворъ ляписа (азотно-кислое серебро). Эти средства можно примѣнять лишь по предписанію врача.

Переходя къ изложенію наставленій для дезинфекціи, я долженъ замѣтить, что мнѣніе, будто съ введеніемъ дезинфекціонныхъ средствъ мытье рукъ теплою водою и мыломъ сдѣлалось излишнимъ—совершенно ложно. Наоборотъ, что прежде всего слѣдуетъ выполнить, это—основательное мытье рукъ теплою водою съ мыломъ при помощи ручной щетки. Лишь послѣ этого примѣненіе дезинфекціоннаго средства можетъ оказать желательный результатъ.

*Дезинфекція (обызараживаніе) рукъ.* Для этого необходимы:

1) Двѣ чашки, которыя предварительно должны быть основательно вымыты.

2) Двѣ щетки для рукъ: одна—для чистки рукъ въ водѣ, и другая—для дезинфекціоннаго средства.

Щетки для рукъ должны быть до и послѣ употребленія выварены въ горячей водѣ. Прежде всего наполняютъ чашку теплою водою и, погрузивъ въ нее кисти рукъ, намыливаютъ ихъ, не употребляя при этомъ щетки, ибо кисти рукъ и особенно пальцы обыкновенно болѣе покрыты грязью и микробами, чѣмъ остальная часть руки. Затѣмъ мѣняютъ въ чашкѣ воду и вся рука по локоть основательно моется при помощи щетки. Далѣе кожу рукъ смачиваютъ алкоголемъ (виннымъ спиртомъ), который подготавливаетъ уже очищенную руку для дѣйствія на нее дезинфекціоннаго средства. Спиртъ обыкновенно находится въ тарелкѣ или въ меньшей чашкѣ; во второй же чашкѣ приготавливаютъ указанный врачомъ растворъ дезинфекціоннаго средства; самое лучшее для этого брать растворъ одной десятой процента ( $1^{0}/_{00} = 0,1^{0}/_{0}$ ) сулемы (1 граммъ сулемы на 1 литръ  $= 2^{1}/_{2}$  бут.  $= 1000$  граммъ воды); примѣнявшійся для этой цѣли прежде 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворъ карболовой кислоты теперь или совсѣмъ не употребляется или же употребляется рѣдко. Самые лучшіе результаты достига-

ются примѣненіемъ для дезинфекціи суглемы, а потому мы теперь и перейдемъ къ описанію способа дезинфекціи посредствомъ горячей воды, алкоголя и суглемы.

Для этого существуютъ слѣдующія спеціальныя предписанія:

1) въ чашкѣ съ теплою водою сначала тщательно вымываются руки мыломъ, но безъ употребленія щетки. Кольца съ пальцевъ должны быть, конечно, предварительно сняты. Затѣмъ слѣдуетъ кругло и ровно остричь ножницами ногти и тщательно очистить ногти и ногтевыя складки отъ скопившейся тамъ грязи.

2) Затѣмъ, перемѣнивши воду, намыливаютъ и моютъ руки по локоть при помощи первой большой щетки въ теченіе по крайней мѣрѣ 7—10 минутъ въ очень теплой прокипяченной водѣ съ мыломъ. При этой механической чисткѣ слѣдуетъ обращать особенное вниманіе на пальцы и на межпальцевыя пространства. Потомъ мыльная пѣна споласкивается чистой прокипяченной водою.

3) Затѣмъ руки чистятся въ теченіе 3-хъ минутъ посредствомъ щетки или кусочка марли или фланели, смоченной 70% растворомъ алкоголя, и

4) наконецъ, въ теченіе также 3-хъ минутъ руки омываются въ 1% растворѣ (одна тысячная) суглемы второй, меньшей щеточкой.

Въ случаѣ отсутствія подъ рукой 70% алкоголя, который лучше всего покупать по рецепту врача, можетъ быть также примѣненъ спиртъ, употребляемый для горѣнія («денатурированный»). Только такимъ образомъ механически очищенная, смоченная алкоголемъ и тщательно вымытая суглемой рука можетъ считаться «чистой» (обеззараженной, дезинфицированной).

Само собою понятно, что послѣ соприкосновенія съ нечи-

стыми предметами (напримѣръ, подкладнымъ судномъ, послѣ-родовыми выдѣленіями), рука должна быть всякій разъ снова обеззаражена. Слѣдуетъ также замѣтить, что описываемый методъ относится лишь къ дезинфекціи кистей рукъ и предплечій, при дезинфекціи же родильницы сулема, въ виду ея ядовитости, должна примѣняться только для обмываній, но не для спринцеваній. Взамѣнъ этого для спринцеваній употребляютъ, по предписанію врача, 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворъ лизола или другія дезинфекціонныя средства или даже просто прокипяченную воду.

Гораздо легче дезинфицировать гладкую и мягкую руку, чѣмъ жесткую и шероховатую. Въ складкахъ и трещинахъ кожи могутъ легко поселиться различнаго рода микроорганизмы. Въ этомъ отношеніи особенно опасны гноящіяся мѣста, напримѣръ, при воспаленіи основанія ногтя на пальцѣ; опасные гноеродные зародыши находятся именно въ такихъ ранкахъ. Одно изъ условий, способствующихъ успѣху дезинфекціи — это тщательный уходъ за руками: частыя обмыванія теплой мыльной водой и, самое главное, смазываніе по вечерамъ какимъ нибудь нейтральнымъ жиромъ (ланолинъ) или глицериномъ. Весьма важнымъ пунктомъ слѣдуетъ считать уходъ за ногтями, ибо въ подногтевыхъ пространствахъ и въ ногтевыхъ складкахъ находятся всегда пыль и грязь. Передъ дезинфекціей слѣдуетъ снимать съ пальцевъ кольца; ухаживающіе за родильницей не должны вовсе носить колець.

Для болѣе дѣйствительной дезинфекціи слѣдуетъ избѣгать главнымъ образомъ соприкосновенія съ предметами, дающими заразу, все равно, будутъ ли то раны съ гнойными отдѣленіями или совершенно нормальныя (физиологическія) выдѣленія, какъ, напримѣръ, истеченія родильницъ; послѣднія, кромѣ крови и другихъ веществъ, содержатъ въ себѣ черезъ нѣсколько дней

послѣ родовъ и различнаго рода микробовъ. Поэтому настойчиво рекомендуется *не прикасаться* непосредственно рукою или пальцами къ подстилкѣ родильницы, пропитанной истеченіями; если же нечаянно дотронулись до нея, то слѣдуетъ немедленно снова очистить вышеописаннымъ способомъ руки.

Если произошло соприкосновеніе руки съ завѣдомо заразными веществами, то въ такомъ случаѣ слѣдуетъ, продезинфицировавъ руки обычнымъ способомъ, одѣть еще на нихъ резиновыя перчатки, вываренныя предварительно въ водѣ и вымытыя сулемой.

*Дезинфекція (стерилизація) инструментовъ* основывается на томъ наблюдении, что отъ дѣйствія высокой температуры возбудители болѣзни погибаютъ и безъ примѣненія какихъ бы то ни было химическихъ дезинфекціонныхъ средствъ. Высокую температуру (жаръ) можно примѣнять въ видѣ горячаго воздуха, горячаго текучаго пара или приспособляясь къ обыденному употребленію кипящей воды<sup>1)</sup>. Для этой цѣли инструменты, послѣ предварительнаго ихъ мытья водою съ мыломъ, или спиртомъ, кладутъ въ подходящую для этого посуду (напримѣръ, длинный горшокъ или кастрюлю для варки рыбы) и, наполнивъ ее водою, кипятятъ въ теченіе 10—15 минутъ. Затѣмъ ихъ вынимаютъ изъ этого горшка-стерилизатора и кладутъ въ стеклянную посуду, налитую прокипяченною водою, алкоголемъ или 1% растворомъ лизола.

*Дезинфекція (стерилизація) перевязочнаго матеріала* производится большею частью фабричнымъ путемъ. Этотъ матеріалъ покупается на фабрикѣ или въ аптекахъ уже обез-

---

<sup>1)</sup> Во избѣжаніе покрытія ржавчиной никелированныхъ инструментовъ, необходимо примѣнять при ихъ стерилизаціи вмѣсто воды растворъ соды (1 столовая ложка соды на 4—5 стакановъ воды).



пложеннымъ (стерилизованнымъ). Вату можно получать упакованною въ коробкахъ или пакетахъ, но большую частью— въ операционныхъ и больницъ—она примѣняется для ранъ лишь во влажномъ видѣ, то есть смоченная дезинфекціонными средствами (такъ, наиримѣрь, слабымъ растворомъ сулемы, лизола и другими). Сухую вату употребляется лишь для подкладки у родильницъ, и то въ томъ случаѣ, если она не приходитъ въ соприкосновеніе съ открытыми ранами. Нагрѣваніемъ до высокой температуры въ сушильномъ шкафѣ или въ другомъ подобномъ же аппаратѣ въ теченіе 1—2 часовъ вата можетъ сдѣлаться совершенно обезпложенною (стерильною). Марля (перевязочные бинты) можетъ быть получена или бѣлою или же пропитанною дезинфекціоннымъ средствомъ; изъ таковыхъ въ акушерствѣ преимущественно употребляютъ ксероформенную или іодоформенную марлю: она продается въ сверткахъ, въ пакетахъ и въ закрытыхъ коробкахъ (въ родѣ консервныхъ жестянокъ)<sup>1)</sup>.

До сихъ поръ мы описывали правила дезинфекціи всего, что приходитъ въ соприкосновеніе съ ранами; теперь на очереди вопросъ о предохранительныхъ мѣрахъ при уже существующихъ ранахъ или же тамъ, гдѣ ожидается появленіе ранъ, какъ это обыкновенно бываетъ при родахъ. Дезинфекція уже появившихся ранъ не имѣетъ такого громаднаго значенія, какъ предварительная дезинфекція соответствующихъ участковъ кожи до появленія ранъ. Такъ, наиримѣрь, во время родовъ возникаютъ маленькія трещины, разрывы и ссадины на половыхъ органахъ, поэтому является необходимымъ предва-

<sup>1)</sup> Для пуповинной повязки необходимо употреблять стерилизованный перевязочный матеріалъ, но безъ примѣси іодоформа и другихъ ядовитыхъ дезинфекціонныхъ средствъ. Пуповинный бинтъ и пуповинный компрессикъ можно теперь получать готовыми, въ стерилизованной упаковкѣ.

рительно—еще до родов—тщательно продезинфицировать всё мѣста, окружающія эти будущія раны, то-есть, область наружныхъ половыхъ органовъ и окружающія ихъ части, и животъ до пупка. Для этого старательно намыливаютъ эти участки водою съ мыломъ и затѣмъ смываютъ хорошо прокипяченною водою; въ тѣхъ же случаяхъ, когда подъ рукою нѣтъ кипяченной воды,—1<sup>o</sup>/о растворомъ лизола или слабымъ растворомъ сулемы (1:2000). Можно еще предварительно вытереть кожу живота разбавленнымъ водою спиртомъ (водкою).

Больныя, въ особенности тѣ изъ нихъ, у которыхъ обильныя выдѣленія, нуждаются въ притокѣ свѣжаго воздуха. Съ этой цѣлью рекомендуется время отъ времени провѣтривать комнату больной. Конечно, при этомъ всегда слѣдуетъ избѣгать сквозняковъ. Температура въ комнатѣ родильницы должна быть въ среднемъ 17—19 градусовъ Цельсія; она измѣряется комнатнымъ термометромъ. Весьма цѣлесообразно поставить на печь большую плоскую чашу съ водою для испаренія (чтобы увлажнить комнатный воздухъ) и мѣнять почаще въ ней воду. Комнату больной слѣдуетъ вообще содержать въ идеальной чистотѣ. Кровать должна стоять свободно; слѣдуетъ заготовить достаточное количество подстилокъ, а для предохраненія постели и кровати отъ загрязненія покрыть ее непронускающей воду клеенкой или резиновой матеріей. Въ особыхъ случаяхъ слѣдуетъ позаботиться о согрѣваніи больной въ кровати при помощи грѣлокъ (термофоровъ, бутылокъ съ горячей водою), компрессовъ и т. д.

*Уходъ за больными* требуетъ знанія главныхъ его правилъ. По отношенію къ больнымъ нужно держать себя всегда спокойно и увѣренно, но въ то же самое время быть любезною въ обращеніи съ ними. Slѣдуетъ зорко слѣдить за больными, особенно за лихорадящими; необходимо наблюдать постоянно ихъ пульсъ, дыханіе и температуру тѣла. Вблизи больного необ-

ходимо соблюдать тишину. Посѣщенія больныхъ знакомыми слѣдуетъ ограничить по мѣрѣ возможности. Сильно потѣющіе больные должны быть хорошо укрыты и предохранены отъ сквозняковъ. Нужно также заботиться о правильномъ опорожненіи кишечника. Во многихъ случаяхъ, отъ недостаточной дѣятельности брюшного пресса вслѣдствіе лежанія въ постели, стулъ приходится вызывать искусственнымъ путемъ при помощи клизмъ (вливаніемъ теплой воды въ прямую кишку черезъ заднепроходное отверстіе).

Пища больного во время пребыванія въ постели должна быть по возможности жидкой и легко переваримой, но въ то же время и питательной; лишь когда пищевареніе дѣлается нормальнымъ и нѣтъ болѣе лихорадки, можно перейти къ болѣе твердой пищѣ и къ мяснымъ блюдамъ. Больныхъ, которые не могутъ или не должны двигаться или садиться, нужно кормить при помощи чашки съ носикомъ. Въ случаѣ если невозможно вводить пищу обыкновеннымъ путемъ черезъ ротъ, слѣдуетъ дѣлать больнымъ въ продолженіе нѣкотораго времени питательные клистиры. Особенно тщательнаго ухода требуютъ разные больные, ибо у нихъ почти всегда сильно повышенная температура, а затѣмъ въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ предупредить переносъ заразы на другихъ. (Извѣститъ врача!) Бѣлье заразныхъ больныхъ должно быть тщательно вымыто, лучше всего кипяченіемъ его въ содовой водѣ и мыльномъ щелокѣ. Иногда для полного умерщвленія болѣзненныхъ ядовъ необходимо дѣйствовать сухимъ жаромъ, дезинфицируя бѣлье и платье больныхъ въ дезинфекціонной камерѣ. Кромѣ того, предписывается общая дезинфекція всей квартиры или по крайней мѣрѣ комнаты больного.

Слѣдуетъ всегда точно и добросовѣстно выполнять предписанія врача. При малѣйшемъ сомнѣніи, во избѣжаніе ошибокъ, нужно немедленно обратиться къ врачу за вто-

ричными разъясненіями. Особенную осторожность слѣдуетъ соблюдать при употребленіи наружныхъ лекарствъ; сильно ядовитыя вещества, какъ, на примѣръ, описанныя выше (сулема, лизоль и карболка), необходимо хорошо сохранять, и они применяются самимъ врачомъ или подъ его личнымъ наблюдениемъ. Все сказанное до сихъ поръ объ уходѣ за больными вообще относится также и къ уходу за здоровой и больной родильницей.

Повышенная температура принадлежитъ къ одному изъ самыхъ важныхъ признаковъ заразныхъ болѣзней и воспаленій ранъ; конечно, температура повышается и въ другихъ случаяхъ, на примѣръ при простудныхъ болѣзняхъ, и проявляется ознобомъ и жаромъ. Въстѣ съ лихорадкой замѣчается рѣзкое учащеніе пульса до 120 ударовъ и болѣе въ минуту. Чѣмъ чаще пульсъ, то есть чѣмъ скорѣе удары пульса слѣдуютъ одинъ за другимъ, тѣмъ тяжелѣе данная болѣзнь и тѣмъ неблагоприятнѣе предсказаніе относительно ея исхода. Частый пульсъ и одновременное съ нимъ учащеніе дыханія считается также неблагоприятнымъ признакомъ.

Для измѣренія температуры тѣла мы употребляемъ термометръ (градусникъ). Этотъ инструментъ состоитъ изъ длинной тонкой стеклянной трубочки, оканчивающейся внизу широкимъ шарикомъ или расширеніемъ трубки, содержащимъ въ себѣ ртуть; послѣдняя обладаетъ свойствомъ при сильномъ нагреваніи быстро увеличиваться въ объемъ и подниматься вверхъ по узкой трубкѣ, а при охлажденіи быстро сжиматься, то есть «падать», опускаться внизъ по трубкѣ. Эта тоненькая трубочка находится въ другой, болѣе широкой трубкѣ, въ которой помещается дощечка съ дѣленіями, указывающими на высоту поднятія ртутнаго столбика при извѣстной температурѣ. Дѣленія показываютъ такъ называемые градусы и десятыя доли градуса. Мы знаемъ, что при извѣстной температурѣ столбикъ

ртути стоятъ на извѣстной высотѣ, такъ, напримѣръ при точкѣ замерзанія и точкѣ кипѣнія; первую мы обозначаемъ нулемъ, послѣднюю (по Цельсію) цифрою 100; пространство, находящееся между этими двумя кардинальными точками раздѣлено (на термометрѣ) на 100 равныхъ частей (градусовъ) и каждое изъ этихъ дѣленій точно указываетъ на опредѣленную температуру. Для измѣренія температуры тѣла у больныхъ излишне имѣть такое количество дѣленій, ибо, какъ намъ извѣстно, температура человеческого тѣла, то есть температура крови, колеблется въ узкихъ границахъ, между  $35^{\circ}$  и  $42^{\circ}$ . Термометры для больныхъ (такъ называемые медицинскіе) имѣютъ дѣленіе лишь въ этихъ предѣлахъ (градусы по Цельсію).

Измѣрять температуру удобнѣе всего въ закрытомъ со всѣхъ сторонъ углубленіи тѣла; для этого болѣе пригодна подмышечная впадина, стѣнки которой тѣсно прилегаютъ другъ къ другу. Измѣреніе производится слѣдующимъ образомъ: подмышечную ямку очищаютъ отъ пота и тщательно вытираютъ; затѣмъ вкладываютъ термометръ между стѣнками этой впадины и соотвѣтствующую руку кладутъ на противоположное плечо (такъ, напримѣръ, если термометръ лежитъ въ правой подмышечной впадинѣ, правую руку кладутъ на лѣвое плечо); такимъ образомъ ртутный шарикъ держится на соотвѣтствующемъ мѣстѣ. Термометръ оставляютъ лежать такимъ образомъ приблизительно 5 — 10 минутъ, и затѣмъ отмѣчаютъ высоту поднятія ртутнаго столбика, что и показываетъ высоту температуры даннаго больного. У здоровыхъ температура тѣла колеблется приблизительно между  $36$  —  $36,5^{\circ}$  по утрамъ и  $37$  —  $37,5^{\circ}$  вечеромъ <sup>1)</sup>. Лихорадочной или повышенной температурой мы

---

<sup>1)</sup> Въ среднемъ температура тѣла у здороваго человѣка —  $37^{\circ}$  Цельсія, и эта точка обозначена на медицинскихъ термометрахъ красной чертой.

называемъ такое состояніе, когда температура тѣла достигаетъ 38°. Повышеніе температуры у лихорадящихъ больныхъ можно провѣрить съ помощью термометра. Чувствомъ осязанія, то есть прикосновеніемъ руки къ горячей, сухой или влажной кожѣ больного мы можемъ лишь приблизительно судить о высотѣ температуры. Во время родильнаго періода температура служитъ единственнымъ надежнымъ показателемъ, больна ли родильница или нѣтъ; если даже на первый взглядъ и незамѣтно лихорадочнаго состоянія родильницы, то нельзя, однако же, безъ измѣренія термометромъ навѣрное сказать, повышена ли у нея температура или нѣтъ <sup>1)</sup>.

Изъ числа признаковъ, которыми проявляется лихорадка, мы уже познакомились со слѣдующими: учащеніе пульса и учащеніе дыханія; далѣе слѣдуетъ упомянуть о повышеніи температуры тѣла (горячая кожа); если больной потѣетъ, что служитъ хорошимъ предсказаніемъ для исхода болѣзни, то кожа его горяча и влажна; въ противномъ же случаѣ она горяча и суха. Благодаря усиленной отдачѣ тепла, больной чувствуетъ ознобъ. Иногда ознобъ сопровождается сильною дрожью. Опасныя болѣзни обыкновенно начинаются ознобомъ, на примѣръ, тяжелая форма родильной горячки (см. ниже); при частомъ повтореніи озноба слѣдуетъ опасаться дурного исхода заболѣ-

<sup>1)</sup> Въмѣсто подмышечной впадины температуру можно измѣрять также и въ прямой кишкѣ, такъ, напр. у дѣтей и у безпокойныхъ больныхъ. Больной долженъ при этомъ лежать на боку (дѣти на животикѣ) и имъ осторожно вводятъ предварительно смазанный масломъ термометръ черезъ заднепроходное отверстіе въ прямую кишку и черезъ нѣсколько минутъ отмѣчаютъ полученное число градусовъ. Результатъ при такомъ измѣреніи почти на  $\frac{1}{2}$  градуса выше, чѣмъ при измѣреніи въ подмышечной впадинѣ. Послѣ измѣренія въ прямой кишкѣ, равно какъ и послѣ измѣреній при заразныхъ болѣзняхъ, термометръ слѣдуетъ основательно обмыть растворомъ сулемы.

ванія. Аппетитъ обыкновенно отсутствуетъ; вслѣдствіе внутренняго жара больной чувствуетъ сильную жажду и выпиваетъ большое количество жидкости. Иногда, особенно въ началѣ болѣзни, больной жалуется на сильную головную боль и головокруженіе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ къ этому присоединяется тошнота и даже рвота. Сознаніе у больного, въ особенности при сильномъ жарѣ, часто отсутствуетъ, больной бредитъ, «фантазируетъ» (горячечный бредъ). Многіе больные дѣлаются при этомъ безпокойными и ихъ трудно удержать въ постели. Чувство усталости и разбитости, обыкновенно предшествующее появленію болѣзни, можетъ продолжаться и дальше. Мочеиспусканіе бываетъ очень скудно, особенно когда за ознобомъ слѣдуетъ обильный потъ. Моча имѣетъ темнорурый или темнокрасный цвѣтъ. Лихорадка прекращается или внезапно, съ значительнымъ паденіемъ температуры, часто сопровождающимся обильнымъ потоотдѣленіемъ (кризисъ), или же температура понижается постепенно (лизисъ).

Лихорадящіе больные требуютъ заботливаго ухода и леченія. Послѣднее, понятно, должно производиться врачомъ.

Особенно строгаго присмотра требуютъ больныя, находящіяся въ бреду, ибо вслѣдствіе ихъ бессознательныхъ дѣйствій имъ можетъ угрожать опасность.

Предписанный врачомъ столъ (діета) лихорадящаго больного состоитъ изъ жидкой, но питательной пищи, часто съ прибавленіемъ алкоголя (ковьяка или крѣпкаго вина). Жажду можно утолять кисловатыми лимонадами, а также лимоннымъ сокомъ съ водою (лимонадомъ домашняго приготовленія).

## ГЛАВА II.

**Задачи и обязанности сидѣлки по уходу за родильницей.**

Обязанности сидѣлки по уходу за родильницей заключаются:

- 1) въ уходѣ за родильницей и
- 2) въ уходѣ за новорожденнымъ въ первыя недѣли его жизни.

Каждая родильница требуетъ заботливаго ухода и наблюдения, ибо при плохомъ уходѣ она подвергается большой опасности. Для того чтобы своевременно замѣтить ненормальныя явленія въ состояніи здоровья родильницы, сидѣлкѣ предварительно необходимо приобрести извѣстныя знанія и подготовку.

СOLIDНАЯ подготовка сидѣлки по уходу за родильницей является тѣмъ болѣе необходимою, что ея обязанности, въ сравненіи съ обязанностями сидѣлки по уходу за больными вообще, гораздо труднѣе и болѣе ответственны.

Сидѣлка должна быть сильной и выносливой—къ ея здоровью предъявляются весьма высокія требованія, вслѣдствіе частыхъ ночныхъ дежурствъ, утомительной уборки родильницы, и такъ далѣе. Къ ея умственнымъ качествамъ предъявляются такія же большія требованія: она должна зорко слѣдить за состояніемъ здоровья довѣренныхъ ей попеченію родильницы и ребенка, чтобы быть въ состояніи тотчасъ же замѣтить заболѣваніе. Сидѣлка должна быть всегда любезна въ обхожденіи съ больными, даже если ея терпѣнію ставить тяжелыя испытанія; она должна помнить, что нервная система у родильницы всегда немного возбуждена, и что неосторожнымъ обращеніемъ можно ей сильно повредить. Сидѣлка



не должна заставлять себя прислуживать, за исключениемъ тѣхъ случаевъ, когда это дѣйствительно необходимо. Нельзя умолчать и о томъ, что она ни въ коемъ случаѣ «не должна выносить сора изъ избы», то есть не разглашать различныхъ семейныхъ тайнъ и обстоятельствъ, свидѣтельницами которыхъ она дѣлается во время ея пребыванія въ домѣ<sup>1)</sup>. Она должна соблюдать во всемъ педантичную чистоту и опрятность по отношенію къ себѣ, такъ равно и въ уходѣ за матерью и ребенкомъ. Она должна соблюдать чистоплотность и относительно своей одежды, передниковъ и особенно рукъ, которыя необходимо мыть при каждой услугѣ. Платье она должна носить изъ свѣтлой моющейся матеріи; кромѣ того, она должна заготовить достаточное количество бѣлья, особенно бѣлыхъ передниковъ (передникъ съ рукавами). Она должна быть хорошо знакома съ правилами дезинфекціи и добросовѣстно ихъ исполнять въ соответствующихъ случаяхъ. Она должна всегда помнить, что родильница очень воспримчива къ зараженію всякими болѣзнями, и поэтому, если сидѣлка передъ этимъ ухаживала за заразнымъ больнымъ, то она должна спросить врача, въ правѣ ли она взять на себя обязанности сидѣлки къ данной родильницѣ. Платье и инструменты, которые употреблялись при уходѣ за больной родильницей, она должна, прежде чѣмъ начать ухаживать за другой здоровой родильницей, основательно очистить и обеззаразить.

Дѣятельность сидѣлки начинается съ того момента, когда ребенокъ появляется на свѣтъ Божій, то есть въ послѣродо-

<sup>1)</sup> Нѣмецкое государственное уголовное право предусматриваетъ подобный случай, по которому разглашеніе семейныхъ тайнъ наказывается тяжелой карой (врачи, акушерки, равно какъ и помощники этихъ лицъ, разболтавшіе довѣренныя имъ въ сиду ихъ профессіи семейныя тайны, караются штрафомъ до 1.500 марокъ или тюремнымъ заключеніемъ до 3-хъ мѣсяцевъ).

вомъ періодѣ; во время же самыхъ родовъ она только можетъ помогать находящемуся при родахъ врачу, но никогда не дѣйствовать самостоятельно. Какъ далеко простирается при этомъ ея помощь—мы увидимъ ниже.

Продолжительность ухода большею частью равняется нѣсколькимъ недѣлямъ. Это время обусловливается не только необходимостью устранить родильницу отъ хозяйственныхъ заботъ и дѣлъ, но и уходомъ за ребенкомъ, даже если родильница встаетъ съ постели на десятый день или еще ранѣе. Въ этотъ періодъ сидѣлка имѣетъ возможность явиться вѣрной и добросовѣстной помощницей въ полномъ смыслѣ этого слова, особенно же при болѣзни родильницы или ребенка! Но здѣсь, равно какъ и при вполне нормальномъ теченіи родовъ и послѣродового періода, сидѣлка никогда не должна переступать границы дозволенныхъ ей дѣйствій. Сидѣлка можетъ легко поддаться искушенію дѣйствовать самостоятельно, напримѣръ при вскармливаніи ребенка. Но вопросъ объ искусственномъ питаніи ребенка, если мать не можетъ сама кормить грудью, принадлежитъ къ числу самыхъ трудныхъ вопросовъ вообще; въ этомъ случаѣ можетъ и долженъ сказать свое рѣшающее слово только одинъ врачъ.

Поэтому каждая сидѣлка должна разъ навсегда запомнить правило: въ интересахъ своихъ паціентокъ она должна твердо знать границы принадлежащихъ ей правъ и обязанностей, и въ необходимыхъ случаяхъ всегда извѣщать врача и строго выполнять его предписанія.

## ПЕРВАЯ ЧАСТЬ.

### ГЛАВА I.

#### Уходъ за здоровой родильницей.

Хотя родильницу и не слѣдуетъ считать больной, однако она требуетъ заботливаго ухода по крайней мѣрѣ въ первые дни послѣ родовъ, и должна быть устранена отъ всѣхъ домашнихъ работъ на все время «обратнаго развитія» половыхъ органовъ—для родильницы особенно важенъ *тѣлесный* и душевный покой. Хорошо и правильно проведенный послѣродовой періодъ исключаетъ возможность позднѣйшихъ заболѣваній; въ противномъ случаѣ могутъ легко появиться упорныя и затяжныя женскія болѣзни. Слѣдуетъ обратить особенное вниманіе на процессъ обратнаго развитія вслѣдствіе того обстоятельства, что какъ разъ тогда заживаютъ послѣродовыя раны половыхъ частей.

Уже во время самыхъ родовъ слѣдуетъ, путемъ педантичнаго соблюденія чистоты, позаботиться о томъ, чтобы въ образовавшіяся при родахъ раны не проникли гноеродные микробы. Это единственное средство обезпечить фізіологическое «нормальное» теченіе послѣродового періода. Но загрязненіе ранъ возможно также и послѣ родовъ. Какъ мы уже видѣли выше, зараженіе и воспаленіе ранъ проявляется, въ большинствѣ случаевъ, повышеніемъ температуры (лихорадкой). Отсюда ясно, что и у здоровой родильницы слѣдуетъ всегда тщательно и добросовѣстно измѣрять температуру, которая служитъ для насъ вѣрнымъ показателемъ того, протекаетъ ли послѣродовой періодъ правильно (нормально) или нѣтъ. Необходимо

обратить вниманіе также на возможность и опасность повторныхъ кровотеченій, происходящихъ въ тѣхъ случаяхъ, когда затянувшіяся было раны снова раскрываются или же когда отдѣляются кровяные сгустки («тромбы»), закупоривавшіе какъ бы пробками до сихъ поръ открытые кровеносные сосуды и тѣмъ самымъ препятствовавшіе истеченію изъ нихъ крови. Вѣрное средство предохранить родильницу отъ такихъ неприятныхъ и опасныхъ случайностей — это полный покой и пребываніе въ постели.

Въ такой же мѣрѣ необходимо соблюденіе подходящаго режима; врачъ долженъ дать для этого особое распisanіе дозволенныхъ блюдъ, такъ называемую «діету родильницы». Въ связи съ правильнымъ питаніемъ находится также и забота о регулярномъ опорожненіи мочевого пузыря и кишечника, переполненіе которыхъ весьма вредно какъ для обратнаго развитія половыхъ органовъ, такъ и для общаго состоянія здоровья родильницы. Наконецъ, вниманія заслуживаетъ и уходъ за грудями въ періодъ кормленія ребенка материнскимъ молокомъ.

При уходѣ за родильницей, первой заботой—какъ мы сказали — является ея тѣлесный и душевный покой. Согласно старинному обычаю, родильница обыкновенно остается въ постели 8—10 дней, и это имѣетъ за собою вполне разумное основаніе<sup>1)</sup>.

Вслѣдствіе большихъ размѣровъ тѣла матки, вялости вла-

---

<sup>1)</sup> Доводы въ пользу ранняго вставанія родильницы съ постели уже потому одному нельзя провести въ жизнь, что (это особенно часто наблюдается въ деревняхъ) родильница, покинувъ постель, тотчасъ же снова принимается за работу. Въ клиникахъ, гдѣ родильницы находятся подъ наблюденіемъ и контролемъ врачей, раннее вставаніе, пожалуй, и имѣетъ за себя много данныхъ, но въ частной жизни слѣдуетъ подольше держать родильницу въ постели.

галища, ослабленія мускулатуры таза и маточныхъ связокъ, при слишкомъ раннемъ вставаніи съ постели могутъ явиться тяжкія и продолжительныя страданія (смѣщеніе матки и выпаденіе стѣнокъ влагалища, долго продолжающіяся кровяныя послѣродовыя выдѣленія и т. п.). А особенно это можетъ вредно отразиться въ мѣстѣ прикрѣпленія плаценты (въ маткѣ), гдѣ широкіе кровеносные сосуды закупорены кровяными сгустками; послѣдствіемъ удаленія одного изъ такихъ сгустковъ можетъ быть обильное и опасное для жизни кровотеченіе.

Что касается положенія больной въ постели, то въ общемъ въ первые дни послѣ родовъ слѣдуетъ лежать на спияѣ, но, начиная съ середины первой недѣли, можно и мѣнять положеніе, при чемъ слѣдуетъ больше лежать на боку; можно также позволять легкія движенія въ постели. Само собою понятно, что эти движенія не должны походить на гимнастическія упражненія! Садиться въ кровати, однако, въ первые дни послѣ родовъ гораздо вреднѣе, чѣмъ это думали до сихъ поръ; это можетъ быть дозволено лишь на очень короткое время, ибо вслѣдствіе напряженія брюшного пресса матка сдвигается съ своего мѣста, и затынутыя раны могутъ снова открыться.

Если обстоятельства позволяютъ имѣть для родильницы отдѣльную комнату, то нужно выбрать по возможности удобно расположенную, большую и легко провѣтриваемую комнату. Въ комнатѣ родильницы температура воздуха должна держаться въ предѣлахъ 14 — 16° Реомюра, при провѣтриваніи избѣгать сквозняковъ, ибо родильница, вслѣдствіе обильнаго испаренія кожи и потѣнія, весьма подвержена простудѣ. Поэтому рекомендуется провѣтривать комнату при посредствѣ смежной съ нею комнаты <sup>1)</sup>. На ночь можно поставить чашку

<sup>1)</sup> Сначала провѣтриваютъ смежную съ больной комнату, а затѣмъ выпускаютъ свѣжій, но нагрѣтый уже воздухъ изъ послѣдней въ комнату больной.

съ водой для испаренія (чтобы избѣжать чрезмѣрной сухости комнатнаго воздуха). Слѣдуетъ избѣгать примѣненія всякихъ пахучихъ искусственныхъ средствъ (якобы для очистки воздуха): курительныхъ свѣчекъ и такъ далѣе, которыя вызываютъ лишь головныя боли. Въ комнатѣ родильницы нельзя, понятно, вывѣшивать бѣлья для просушки; воздухъ долженъ сохраняться, по возможности, чистымъ.

Кровать должна стоять головой къ стѣнѣ и быть доступной съ обѣихъ сторонъ. Постель должна состоять изъ плотнаго матраца, который предохраняется отъ загрязненія выдѣленіями непромокаемой подстилкою. Перины изъ пуха или перьевъ совершенно не пригодны для постели родильницы. Покрывающая матраць простыня должна быть тщательно и гладко постлана, также и рубашка не должна образовывать складокъ подъ тѣломъ родильницы. Подъ ягодицы необходимо подложить особую подстилку. Родильница должна быть легко накрыта простыней или чистымъ одѣяломъ.

Для переодѣванія родильницы употребляютъ предварительно согрѣтое и совершенно сухое бѣлье; передъ одѣваніемъ чистаго бѣлья слѣдуетъ тщательно обтереть теплымъ (нагрѣтымъ) полотенцемъ кожу тѣла отъ пота, въ противномъ случаѣ родильницу можно простудить. Мѣнять бѣлье слѣдуетъ возможно чаще, даже ежедневно. Волосы должны быть приведены въ порядокъ (причесаны). Многія сидѣлки имѣютъ обыкновеніе при уборкѣ родильницы переносить ее въ другую постель; это хотя и удобно, однако небезопасно вслѣдствіе неизбѣжныхъ при этомъ сотрясеній, и поэтому слѣдуетъ испрашивать для этого разрѣшенія врача, всякій разъ особо. Въ виду обильныхъ истеченій изъ влагалища матраць долженъ быть покрытъ подстилками, какъ это указано выше; подъ простыню слѣдуетъ подстлать большую четырехугольную клеенку или непромокаемую резиновую матерію. Извѣстно, что нигдѣ такъ легко и быстро

не развиваются различные болѣзнетворные и простые микробы, какъ въ человѣческихъ выдѣленіяхъ. Поэтому необходимо по крайней мѣрѣ первые 10 дней подстилать подъ родильницу особыя подкладки для впитыванія въ себя постоянно вытекающихъ послѣродовыхъ выдѣленій. Эти подкладки возможно чаще замѣняются свѣжими. При этомъ сидѣлка должна по возможности избѣгать соприкосновенія пальцевъ рукъ съ послѣродовыми выдѣленіями<sup>1)</sup>. Для подкладокъ можно употреблять толстый слой чистой перевязочной (гигроскопической) ваты<sup>2)</sup>. Пропитанная послѣродовыми истеченіями вата должна, по меньшей мѣрѣ, 4 — 6 разъ въ день замѣняться новою, наружныя половыя части слѣдуетъ закрывать подкладными подушечками или кусками ваты и подкладку укрѣпить съ помощью платка, а также всякій разъ при уборкѣ родильницы наблюдать на ней количество, запахъ и цвѣтъ послѣродовыхъ выдѣленій. Строго воспрещается при этомъ раздвигать дѣтородныя губы! Грязные куски ваты и подушечки слѣдуетъ немедленно сжигать.

Въ виду возбудимости нервной системы родильницы, необходимо первые 2 — 3 недѣли воздержаться отъ частыхъ посѣщеній ея. Въ особености же слѣдуетъ порицать и энергично бороться противъ обычая посѣщенія родильницы, тотчасъ же послѣ родовъ, родственницами и знакомыми; послѣднія,

---

<sup>1)</sup> Вынимать и мѣнять подкладку сидѣлка можетъ при помощи спеціально для этой цѣли устроенныхъ щипцовъ (пинцета) съ широкими кончиками (по указаніямъ профессора Пфаненштиля). Употребленіе этого пинцета теперь даже спеціально предписывается законоположеніями для повивальныхъ бабокъ въ Гессенѣ.

<sup>2)</sup> Цѣлесообразно примѣненіе весьма гигроскопичныхъ сулемовыхъ подушечекъ изъ древесной шерсти (лигнина) или подушечекъ изъ марли, равно также и подкладокъ изъ глина, обтянутыхъ марлей.

часто выражаютъ различными способами свое соболѣзнованіе и, конечно, неблагопріятно вліяютъ на только что разрѣшившуюся отъ бремени женщину. Эти непрошенныя визиты слѣдуетъ ограничить также и съ цѣлью предохраненія родильницы отъ заноса гостями заразы. Извѣстно даже и среди публики, что родильница очень воспріимчива ко всякимъ заразнымъ болѣзнямъ (скарлатина, дифтеритъ, рожа, инфлуэнца и др.).

У каждой родильницы на половыхъ частяхъ находятся пораненія. Но даже и самыя незначительныя изъ нихъ, будучи загрязнены, нерѣдко ведутъ къ развитію тяжелыхъ заболѣваній. Свѣжія раны образуются во время родовъ, и вотъ уже тогда, во избѣжаніе зараженія родильной горячкой, слѣдуетъ позаботиться о предохраненіи ихъ отъ зараженія. Всѣ предметы, приходящіе въ соприкосновеніе съ половыми органами, должны быть безусловно чистыми—свободными отъ микробовъ (стерильными). При точномъ соблюденіи всѣхъ условій, исключаящихъ возможность внесенія заразы, можно быть вполнѣ увѣреннымъ, что родильный періодъ будетъ протекать нормально. Конечно, подразумѣвается, что и сидѣлка при уходѣ за родильницей будетъ соблюдать педантичную чистоту. Не слѣдуетъ дотрагиваться нечистыми предметами или руками до ранъ на половыхъ органахъ. Все, приходящее въ соприкосновеніе съ этими органами (подкладки и подстилки), должно быть чистымъ въ строгомъ смыслѣ этого слова. При обильныхъ кровянистыхъ лохіяхъ слѣдуетъ мѣнять подстилки еще чаще обыкновеннаго, ибо, какъ извѣстно, эти истеченія легко разлагаются на воздухѣ и тѣмъ самымъ создаютъ благопріятную почву для размноженія гнойныхъ микробовъ.

Какъ намъ извѣстно—единственнымъ надежнымъ способомъ распознаванія уже наступившей болѣзни является измѣреніе температуры тѣла. Здоровая родильница всегда, утромъ и вечеромъ, имѣетъ нормальную температуру, Результаты измѣ-



рений температуры слѣдуетъ въ теченіе первыхъ 10 дней записывать 2 раза въ день, утромъ и вечеромъ, и записи показывать врачу. О важности этого требованія можно заключить изъ того, что только благодаря записямъ температуры врачъ можетъ слѣдить за теченіемъ послѣродового періода; при помощи «температурныхъ таблицъ» онъ можетъ опредѣлить, съ какого рода заболѣваніемъ имѣеть дѣло. Въ случаѣ повышенія температуры даже до  $38^{\circ}$  слѣдуетъ немедленно извѣстить объ этомъ врача, чтобы послѣдній зналъ о наступившемъ разстройствѣ здоровья и имѣлъ возможность слѣдить заболѣзнью съ самаго начала ея.

Рука объ руку съ наблюденіемъ температуры идетъ наблюденіе пульса. Если пульсъ нормаленъ (въ среднемъ 80 ударовъ въ минуту) или же у нѣкоторыхъ родильницъ замедленъ (60, 50 иногда даже 40 ударовъ въ минуту), то это хорошее предзнаменованіе. Считать пульсъ удобнѣе всего на лучевой артеріи на запястьѣ руки, и это должно быть извѣстно каждой сидѣлкѣ. Сидѣлки, не имѣющія часовъ съ секундной стрѣлкой, могутъ употреблять для счета пульса песочные часы, отмѣряющіе ровно по минутѣ. Существуютъ также песочные часы, отмѣряющіе  $\frac{1}{2}$  минуты и четверть минуты; въ такомъ случаѣ найденное число ударовъ пульса должно быть помножено на 2 или на 4, чтобы получилось число ударовъ пульса въ 1 минуту. Такъ, напр. 16 ударовъ въ  $\frac{1}{4}$  минуты даютъ  $16 \times 4 = 64$  удара въ минуту. При рѣзкомъ учащеніи пульса слѣдуетъ немедленно пригласить врача, даже и въ тѣхъ случаяхъ, когда при этомъ температура не повышена.

Особенно важно въ послѣродовомъ періодѣ регулярное опорожненіе находящихся по сосѣдству съ маткой мочевого пузыря и прямой кишки. Въ то время какъ мы первые 2—3 дня послѣ родовъ обыкновенно оставляемъ кишечникъ въ покоѣ (такъ какъ онъ былъ хорошо очищенъ передъ родами), опорожненіе пузыря требуетъ вниманія уже съ перваго дня, потому что ро-

дильница въ это время чувствуетъ только весьма слабый позывъ къ мочеиспусканію. Если своевременно не опорожнить мочевого пузыря, то онъ, вслѣдствіе растяженія ослабѣвшихъ брюшныхъ стѣнокъ, сильно переполняется мочою; а это увеличеніе объема пузыря въ свою очередь препятствуетъ уменьшенію матки. Многія женщины не могутъ мочиться лежа на спинѣ; другія произвольно сами удерживаютъ мочеиспусканіе, такъ какъ оно вызываетъ сильныя боли вслѣдствіе образовавшихся во время родовъ маленькихъ изъязвленій или ссадинъ у выхода мочеиспускательнаго канала; третьи же, наконецъ, совсѣмъ не могутъ мочиться, ибо у нихъ во время родовъ образовались сильныя ссадины и припухлость въ области мочеиспускательнаго канала и шейки мочевого пузыря. Последнее состояніе хотя и относится къ числу легкихъ заболѣваній родильнаго періода, однако о немъ умѣстно будетъ уже здѣсь сказать нѣсколько словъ, такъ какъ на практикѣ оно встрѣчается очень часто. Задержаніе мочи обыкновенно продолжается недолго, большею частью лишь 1—2 дня. Но во всякомъ случаѣ мочевой пузырь долженъ непремѣнно регулярно опорожняться; мочеиспусканію помогаетъ легкое подниманіе верхней части туловища родильницы, легкое нажатіе снаружи на мочевой пузырь, или же теплые пары, напр. изъ подкладнаго судна, наполненнаго горячею ароматною жидкостью (такъ, напр., настоемъ ромашки). Если всѣ эти мѣры не окажутъ желаемаго дѣйствія, слѣдуетъ приступить къ искусственному опорожненію пузыря. Последнее не такъ просто слѣлать и притомъ не безопасно для родильницы (въ виду возможности пораненій или зараженія), поэтому сидѣлка должна пріобрѣсти извѣстный навыкъ и ловкость въ выполненіи такъ называемой катетеризаціи или введеніи катетера. Сущность катетеризаціи состоитъ въ томъ, что моча удаляется изъ пузыря посредствомъ вставленной туда тоненькой трубочки (катетера). Катетеризація должна происхо-

дить при строжайшем соблюденіи правилъ антисептики (см. объ этомъ въ дополненіи). Послѣ того какъ сидѣлка тщательно продезинфицировала свои руки до локтей, она кладетъ предварительно прокипяченный въ теченіе 3—5 минутъ катетеръ въ отварную свѣжую воду или въ растворъ дезинфицирующаго средства, раздвигаетъ двумя пальцами дѣтородныя губы, и, очистивъ смоченнымъ въ слабомъ растворѣ (1 : 2000) сулемы кускомъ ваты наружное отверстіе мочеиспускательнаго канала, она осторожно, безъ всякихъ усилій, вводитъ катетеръ черезъ мочеиспускательный каналъ въ пузырь. Вслѣдъ затѣмъ моча тонкою струею вытекаетъ изъ пузыря черезъ катетеръ. Послѣ опорожненія пузыря наружный конецъ катетера зажимаютъ пальцемъ и осторожно выводятъ катетеръ наружу. Искусственное опорожненіе пузыря должно производиться въ высшей степени осторожно, во избѣжаніе пораненій слизистой оболочки; съ другой же стороны, соблюденіе чистоты предохраняетъ отъ введенія внутрь мочевого пузыря гнойныхъ микробовъ, вызывающихъ воспаленіе или катарръ мочевого пузыря. Катетеръ слѣдуетъ послѣ употребленія прокипятить и сохранять въ стерилизованномъ полотенцѣ или кускѣ марли.

О достаточномъ опорожненіи кишечника необходимо позаботиться лишь на третій день послѣ родовъ; хорошо, если стулъ является самъ собою, безъ какихъ бы то ни было искусственныхъ вспомогательныхъ средствъ; если же стула не послѣдуетъ, то необходимо сдѣлать больной клизму, послѣ чего обыкновенно происходитъ обильная дефекація. Чтобы хорошо и правильно сдѣлать клизму, необходимо имѣть извѣстный навыкъ. Сидѣлка отнюдь не имѣетъ права самостоятельно прописывать или давать родильницамъ слабительныя средства <sup>1)</sup>. Въ случаѣ же если клиз-

---

<sup>1)</sup> Безопасное слабительное — это касторка (касторовое масло—oleum ricini). Однократнымъ приѣмомъ касторки нельзя повредить родильницѣ; но сидѣлкамъ воспрещается, по соб-

ма не ведетъ къ желанной цѣли, слѣдуетъ сообщить объ этомъ врачу. Послѣ искусственно вызваннаго въ первый разъ стула слѣдуетъ въ дальнѣйшемъ поддерживать регулярное опорожненіе кишечника соотвѣтствующей діетой (вареные фрукты, компотъ). Дефекація должна происходить не рѣже, чѣмъ каждыя 2 дня.

Въ особенно заботливомъ уходѣ нуждаются наружные половые органы, которые часто загрязняются выдѣленіями родильницы; слѣдуетъ всегда наблюдать и замѣчать цвѣтъ, количество и запахъ этихъ выдѣленій. Чтобы предохранить постель отъ загрязненія надо, какъ уже упомянуто выше, необходимо прикрывать наружные половые органы подкладками, которыя надо возможно чаще замѣняются новыми. Утромъ и вечеромъ необходимо обмывать половыя части тепловатой, хорошо прокипяченной водою: эти обмыванія производятъ надъ чистымъ подкладнымъ судномъ. Ядовитыя средства, какъ, напримѣръ, сулема, должны примѣняться для обмываній лишь по особому предписанію врача. Для вытиранія употребляютъ влажные выжатые куски ваты, но отнюдь не губку! При этомъ строжайше воспрещается прикасаться пальцами къ половымъ органамъ<sup>1)</sup>. Спринцеванія влагалища въ общемъ совсѣмъ не

---

стvenному усмотрѣнію давать касторку нѣсколько разъ подрядъ. Чтобы удобнѣе принимать это не совсѣмъ вкусное слабительное, его можно смѣшать съ чернымъ кофе; послѣднимъ также записываютъ непріятный вкусъ касторки. Касторку можно сдѣлать пріятнѣе для пріема, разбавляя ея съ пивомъ или горячимъ молокомъ. При весьма сильномъ отвращеніи больной можно давать касторку въ капсуляхъ.

<sup>1)</sup> Должно всегда помнить, что послѣродовыя очищенія весьма легко разлагаются; послѣ нѣсколькихъ дней они содержатъ въ себѣ безчисленное множество микробовъ даже и у здоровой родильницы, въ особенности же у больной. Въ виду того, что сидѣлка одновременно ухаживаетъ также и за ребенкомъ, она должна тщательно остерегаться отъ непосредствен-

примѣняются у здоровыхъ родильницъ; во всякомъ случаѣ сидѣлка не должна ихъ дѣлать по своему собственному усмотрѣнію, но лишь въ исключительныхъ случаяхъ по особому предписанію врача. Какъ только замѣчается измѣненіе появляющихся выдѣленій, особенно ихъ запаха, слѣдуетъ сейчасъ же доложить объ этомъ врачу, противный и вонючій запахъ очищеній почти всегда составляетъ тревожный признакъ, все равно, указываетъ ли онъ на простое разложеніе лохій, яйцевыхъ оболочекъ и остатковъ плаценты или же на воспаленіе внутреннихъ половыхъ органовъ. О продолжительныхъ кровяныхъ выдѣленіяхъ также нужно сообщать врачу; сидѣлка должна показывать врачу подкладки или подробно описывать ихъ видъ (то есть видъ выдѣленій, которыми онѣ пропитаны). Волосы на лонномъ бугоркѣ съ засохшею на нихъ кровью слѣдуетъ коротко остричь.

Безусловная чистота и опрятность—вотъ главныя необходимыя условія разумнаго ухода за родильницей; но опрятность не должна быть односторонней, то есть слѣдуетъ содержать въ чистотѣ не только половыя органы родильницы, но и все ея тѣло. Slѣдуетъ часто мыть ея лицо, тщательно обмывать мыломъ руки, стричь и очищать ногти. Вслѣдствіе прикосновенія грязными пальцами до грудныхъ сосковъ черезъ находящіяся тамъ трещины можетъ легко произойти зараженіе и воспаленіе грудной железы.

Очень важно состояніе брюшныхъ покрововъ родильницы; чтобы способствовать возможно лучшему обратному развитію ихъ, сидѣлка должна хорошенько перевязать животъ простымъ

---

наго прикосновенія пальцами къ послѣродовымъ истеченіямъ. Поэтому она должна брать подстилку не прямо пальцами, но лишь посредствомъ клочка ваты или вышеописаннаго (стр. 68) пинцета или щипцовъ съ широкими кончиками. Такимъ же образомъ можно избѣгать непосредственнаго соприкосновенія пальцевъ съ половыми органами.

широкимъ полотенцемъ (брюшнымъ бинтомъ). Такимъ образомъ покровамъ возвращается ихъ прежняя эластичность и предупреждается неприятное опущеніе и выпячиваніе кишечника и внутренностей въ сторону вялыхъ брюшныхъ покрововъ<sup>1)</sup>. Бинтованіе живота необходимо не только въ первые дни, но еще и въ теченіе нѣсколькихъ недѣль послѣ родовъ (какъ это, напримѣръ, уже давно практикуется въ Англіи), тѣмъ болѣе, что брюшные покровы при сидѣніи и стояніи сильно оттягиваются внутренностями. Бинтовать слѣдуетъ полотенцемъ или хорошо сидящимъ брюшнымъ бинтомъ (бандажомъ), который особенно полезенъ женщинамъ рабочаго класса, и носить бинтъ необходимо съ перваго же дня послѣ вставанія съ постели! Самое лучшее, если такія женщины носятъ брюшной бинтъ по крайней мѣрѣ въ теченіе  $\frac{1}{4}$  года или даже болѣе.

Съ постели родильница при нормальномъ теченіи послѣродового періода, можетъ встать лишь на 9-ый или 10-ый день; болѣе слабымъ женщинамъ рекомендуется пребыть въ постели 14 дней. Оставлять родильницу въ постели дольше безъ всякой побудительной къ тому причины нѣтъ смысла, ибо отъ долгаго лежанія ухудшается аппетитъ и появляются запоры. Иногда въ первое время послѣ вставанія съ постели замѣчается наклонность къ обморокамъ. Сидѣлка должна позаботиться о постепенномъ переходѣ родильницы отъ пребыванія въ постели къ движеніямъ. Въ первый день можно провести внѣ постели лишь  $\frac{1}{2}$  часа въ удобномъ креслѣ послѣ

---

1) Для укрѣпленія брюшныхъ покрововъ часто рекомендуется легкая гимнастика брюшныхъ мышцъ; такъ, напримѣръ, начиная съ перваго дня можно попробовать нѣсколько разъ втянуть въ себя по возможности больше животъ. Вообще въ настоящее время замѣтна склонность разрѣшать здоровой родильницѣ больше свободы въ движеніяхъ, но слѣдуетъ, однако, избѣгать рѣзкихъ движеній, особенно ногами!

обѣда, въ слѣдующіе дни можно постепенно увеличивать это время и лишь мало-по-малу дѣлать попытки ходить; слѣдуетъ, помнить о томъ, что родильница, и покинувъ постель, должна ежедневно по нѣскольку часовъ лежать въ кровати. При кровавистыхъ послѣродовыхъ очищеніяхъ или же при появленіи крови послѣ вставанія съ постели слѣдуетъ сейчасъ же уложить родильницу и немедленно сообщить объ этомъ врачу. Родильница не должна вставать съ постели, если у нея замѣчается необыкновенное учащеніе пульса или лихорадка. На улицу родильница можетъ выходить въ теплое время года (лѣтомъ) спустя двѣ недѣли послѣ родовъ, въ холодное (зимой) спустя 4 недѣли <sup>1)</sup>.

Критическимъ, кромѣ дня вставанія съ постели, издавна считается также третій день: къ этому времени обыкновенно начинается отдѣленіе молока, что иногда сопровождается легкимъ нездоровьемъ родильницы (главнымъ же образомъ напряженіемъ въ грудяхъ). Мы уже указали выше, что эти страданія быстро исчезаютъ, и что они никогда не сопровождаются лихорадкой; если же при этомъ является жаръ, то болѣзненное состояніе слѣдуетъ объяснить другими причинами.

Въ послѣродовомъ періодѣ важное значеніе имѣетъ соблюденіе подходящей діеты (стола). Прежде существовало мнѣніе, что въ виду слабости родильницы ее

---

<sup>1)</sup> Это совершенно правильное требованіе, къ сожалѣнію, не всегда возможно провести въ жизнь. Германскіе законы позаботились о предохраненіи фабричныхъ работницъ отъ ранняго начала работъ и установили опредѣленный срокъ отдыха работницъ-родильницъ послѣ родовъ («Родильницы въ первые 4 недѣли послѣ родовъ безусловно не должны работать, въ слѣдующіе же затѣмъ 2 недѣли—лишь по доставленіи ими свидѣтельства врача»).

слѣдуетъ кормить по возможности жидкими и легкими блюдами—пресловутыми водянистыми супами; теперь, къ счастью, этотъ ложный взглядъ измѣнился кореннымъ образомъ. Пища родильницы должна быть легкой, но притомъ и питательной; само собою разумѣется, что слѣдуетъ избѣгать переполненія желудка неподходящею пищею. Въ первые дни, до опорожненія кишечника, пища должна быть легко переваримой; къ тому же въ это время аппетитъ родильницы очень плохъ, наоборотъ, жажда ощущается очень сильно. Діета родильницы въ первые 2—3 дня должна содержать въ себѣ слѣдующія блюда, независимо отъ того, кормить ли женщина грудью или нѣтъ: прежде всего — кипяченое молоко или кофе съ молокомъ, смотря по желанію; крѣпкіе мясные бульоны, молочные и слизистые супы (овсяной или ячменный отваръ, смѣшанный съ мяснымъ бульономъ). Къ этому подаются еще сухарики или сухари. При существующей, въ большинствѣ случаевъ, сильной жадѣ, если родильница имѣетъ отвращеніе къ молоку, ей можно давать слабый чай (холодный), но отнюдь не сырую, хотя бы и ключевую, воду. Къ питьевой водѣ можно прибавлять немного выжатаго лимоннаго соку. Что же касается вина, то его можно употреблять лишь какъ временное возбуждающее средство, какъ постоянный же напитокъ его слѣдуетъ разбавлять водою. Послѣ того, какъ на третій день послѣ родовъ произошло первое опорожненіе кишечника, можно перейти къ болѣе плотной и болѣе питательной, но непременно удобоваримой пищѣ; здѣсь умѣстно прежде всего назвать приготовленные на молокѣ каши (молочную, манную, гречневую и овсяную); кромѣ того, въ это время можно уже давать крѣпкій супъ и мясо въ видѣ жаркого и рагу. Въ общемъ мясныя блюда не должны быть очень жирными (куры, цыплята, мелкая дичь), и къ нимъ—для возбужденія еще вялой дѣятельности кишокъ—очень рекомен-



дуются ностоянное прибавленіе вареныхъ съ сахаромъ фруктовыхъ компотовъ. Въ это время умѣстны также яичныя блюда (яйца въ смятку, яичный желтокъ въ супѣ), вино, мясной бульонъ. Относительно спиртныхъ напитковъ примѣнимо слѣдующее: крѣпкое вино въ малыхъ дозахъ можно давать лишь какъ возбуждающее аппетитъ средство, постоянно же, какъ напитокъ, его можно употреблять только разбавленнымъ простою водою или водою, содержащею углекислоту (сельтерской); пива не слѣдуетъ давать ранѣе 9-го или 10-го дня послѣ родовъ; среди сортовъ пива наиболѣе удобоваримымъ считается черное пиво. Изъ другихъ напитковъ заслуживаетъ вниманія какао съ молокомъ и сахаромъ, или же какао съ питательными солями. Овощи и картофель можно давать лишь въ формѣ каши (пюрэ) съ молокомъ. Родильницы, кормящія сами грудью, нуждаются въ особенно питательной, но не раздражающей пищѣ; имъ слѣдуетъ тщательно избѣгать очень соленыхъ или остро приправленныхъ суповъ или соусовъ, а также жирныхъ блюдъ; не слѣдуетъ также давать свѣжихъ овощей и свѣжихъ фруктовъ. Родильницы, не кормящія сами грудью, должны ограничить пріемъ жидкостей, по крайней мѣрѣ пока не пройдетъ тягостное напряженіе въ грудяхъ. Спустя нѣсколько дней послѣ вставанія съ постели родильница можетъ снова употреблять въ пищу свои обычныя блюда.

Заботливый уходъ за грудями родильницы и правильное кормленіе ребенка имѣютъ также очень важное значеніе въ гигиенѣ послѣродового періода.

Каждой родильницѣ рекомендуется кормить самой своего ребенка, потому что, съ одной стороны, это благотворно вліяетъ на обратное развитіе органовъ и ускоряетъ выздоровленіе матери, съ другой же стороны молоко матери представляетъ собою самую лучшую, наиболѣе дешевую и цѣлесообразную пищу для ея ребенка. Во всякомъ случаѣ

слѣдуетъ, по крайней мѣрѣ, сдѣлать попытку кормить грудью хотя бы только первые 8—12 недѣль. Однако, не всѣ женщины могутъ кормить, многія изъ нихъ, къ сожалѣнію, не желаютъ кормить, чтобы не быть принужденными, благодаря тяжелымъ обязанностямъ матери, отказаться отъ всѣхъ общественныхъ удовольствій и развлеченій. Противъ послѣдняго обстоятельства, когда долгъ и чувства матери приносятся въ жертву эгоистическимъ цѣлямъ, слѣдуетъ особенно энергично бороться <sup>1)</sup>.

Бываютъ, однако, случаи, когда женщины-матери, дѣйствительно, не должны сами кормить грудью; рѣшить это долженъ всегда врачъ, но не сидѣлка и не акушерка. Къ числу состояній, исключаящихъ кормленіе, принадлежатъ: обильныя кровотеченія во время и послѣ родовъ и возникающее вслѣдствіе этого сильнѣйшее малокровіе, тяжкое заболѣваніе легкихъ (чахотка!), сердца, — болѣзни почекъ, тяжкія лихорадочныя болѣзни, тяжелыя нервныя заболѣванія (эпилепсія или падучая болѣзнь, психическія разстройства!), недостаточное развитіе молочныхъ (грудныхъ) железъ, отсутствіе молока, впашіе внутрь соски и, наконецъ, воспаленіе грудныхъ (молочныхъ) железъ.

Въ случаѣ если врачъ рѣшилъ, что попытка кормленія грудью должна быть сдѣлана, слѣдуетъ безотлагательно при-

<sup>1)</sup> Исслѣдованія въ родовспомогательныхъ пріютахъ и результаты наблюденій въ частной практикѣ показали, что тревога объ якобы увеличивающемся числѣ неспособныхъ кормить грудью женщинъ совершенно неосновательна. По большей части здѣсь скорѣе недостатокъ доброй воли, чѣмъ способности. Почти всѣ женщины могутъ кормить ребенка, хотя бы въ первыя недѣли. Въ Верхнемъ Гессенѣ кормятъ грудью болѣе 80<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, даже до 90<sup>0</sup>/<sub>0</sub> родильницъ. Соответственно этому цифра смертности грудныхъ младенцевъ здѣсь гораздо меньшая, чѣмъ въ другихъ провинціяхъ Гессена и въ другихъ союзныхъ государствахъ Германіи,

вести это въ исполненіе; иногда бываетъ, что отдѣленіе молока появляется, хотя и гораздо позже обыкновеннаго.

Первое прикладываніе ребенка къ груди матери должно быть предпринято лишь тогда, когда мать вполне оправилась и подкрѣпилась сномъ послѣ утомившихъ ее родовъ, то есть черезъ 12—15 часовъ послѣ окончанія родовъ. Привычка нѣкоторыхъ акушеровъ и сидѣлокъ ждать еще долѣе, приблизительно до 3-го дня, и въ теченіе этого времени пичкать ребенка сахарной водицей и укропнымъ чаемъ, — вредна какъ для матери, такъ и для ребенка. Если ребенокъ въ первый приемъ сосанія и не получилъ достаточно пищи, то, благодаря увеличивающемуся приливу молока, въ послѣдующіе дни ребенку будетъ вдоволь пищи. Правильнымъ кормленіемъ кладется прочный фундаментъ физическаго воспитанія ребенка. Въ среднемъ мать должна прикладывать ребенка къ груди каждые  $2\frac{1}{2}$ —3 часа и распредѣлить эти моменты кормленія на время между 5 часами утра и 11 часами вечера, такъ что ночью отъ 11 часовъ вечера до 5 часовъ утра ребенокъ и мать должны находиться въ полнѣйшемъ покоѣ. Существующій въ деревняхъ обычай кормить ребенка для его успокоенія также и ночью, особенно когда онъ кричитъ, весьма вреденъ для матери и отзывается вполнѣдствіи на ея здоровьѣ<sup>1)</sup>.

Кормящія въ первый разъ (первородящія) пользуются наставленіями и указаніями сидѣлки относительно наиболѣе удобнаго способа кормленія грудью. Въ первые дни мать

<sup>1)</sup> Нерѣдко бываетъ, что женщины, занятія въ теченіе дня внѣ дома (на фабрикѣ или какой нибудь профессіей), кормятъ ребенка ночью. Въ этомъ отношеніи населенію приноситъ много пользы устройство фабричныхъ яслей и домовъ для кормленія, дающихъ возможность матерямъ-работницамъ кормить своихъ дѣтей во время работы.

должна просто класть ребенка возлѣ себя, немного сбоку, на лѣвую сторону, если она желаетъ кормить лѣвою грудью, и на правую, если она кормитъ правою грудью; передъ прикладываніемъ къ груди необходимо каждый разъ основательно обмывать кипяченною водою грудной сосокъ, затѣмъ обхватить сосокъ указательнымъ и среднимъ пальцами и всунуть его ребенку въ ротикъ; грудной сосокъ жадно обхватывается губками ребенка и онъ производитъ сосательныя движенія; но эти движенія ребенокъ можетъ производить лишь въ томъ случаѣ, если онъ имѣетъ возможность свободно вдыхать черезъ носикъ достаточное количество воздуха. Чтобы облегчить ему дыханіе носомъ, мать должна, держа его на соответствующей данной груди рукъ, поддерживать указательнымъ и среднимъ пальцами другой руки кормящую грудь, которая нерѣдко закрываетъ собою носикъ ребенка. Послѣ того какъ ребенокъ пролежалъ у груди матери 15—20 минутъ (это время вполне достаточно<sup>1)</sup>) для правильнаго кормленія), сидѣлка должна положить его въ сторону и очистить сосокъ отъ прилипшихъ къ нему остатковъ молока, посредствомъ смоченной въ отварной водѣ чистой тряпочки или куска ваты. Иногда ребенокъ медлитъ взять сосокъ; тогда рекомендуется предварительно выжать изъ груди нѣсколько капелекъ молока. Первое прикладываніе къ груди, какъ и кормленіе грудью вообще, требуетъ большаго терпѣнія и труда со стороны матери и сидѣлки. Опытная и ловкая сидѣлка можетъ въ этомъ отношеніи принести много пользы. Когда родильница покинула постель, она можетъ кормить ребенка въ болѣе удобномъ, си-

<sup>1)</sup> Если желаютъ точно знать, наполнился ли достаточно ребенокъ молокомъ, его слѣдуетъ взвѣсить до и послѣ кормленія. Прибыль въ вѣсѣ укажетъ тогда, сколько молока выпилъ ребенокъ.

дядемъ положеніи, при чемъ спина ея должна подпираться сзади, а ноги слѣдуетъ поставить на маленькую скамеечку. Кормленіе тогда происходитъ значительно легче. Плохо развитые соски, въ особенности же плоскіе и вдавленные внутрь (полые), вдвойнѣ затрудняютъ кормленіе, при чемъ послѣднее строеніе сосковъ иногда дѣлаетъ кормленіе ребенка совершенно невозможнымъ. При плоскихъ соскахъ рекомендуется, хорошенько обмывъ передъ этимъ пальцы, вытянуть ими сосокъ немного кверху и тѣмъ самымъ дать возможность ребенку обхватить его ртомъ. Гораздо дѣйствительнѣе и безопаснѣе, чѣмъ захватываніе соска пальцами, — предварительное примѣненіе грудного насоса. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ усилѣнъ содѣйствуетъ такъ называемый «колпачекъ для соска», — стеклянная шапочка съ резиною соскою, въ которой какъ разъ помѣщается грудной сосокъ. слѣдуетъ считать въ высшей степени недобросовѣстнымъ поступкомъ, если сидѣлка, чтобы избѣжать труда и хлопотъ при этихъ попыткахъ, съ перваго же раза посоветуетъ родильницѣ совершенно отказаться отъ кормленія.

Послѣ сосанія ребенокъ спитъ 2—3 часа, такъ что спустя  $2\frac{1}{2}$  — 3 часа послѣ перваго кормленія онъ снова долженъ быть приложенъ къ груди. Такимъ образомъ ребенокъ получаетъ свою пищу въ первые дни — 8 разъ въ день, въ послѣдующіе — около 6 разъ въ день. Вначалѣ количество молока, получаемого ребенкомъ при каждомъ сосаніи, очень мало, но затѣмъ оно увеличивается со дня на день: въ первые дни это количество едва достигаетъ 30 граммовъ (2 столовыхъ ложки), на второй недѣлѣ оно уже равняется 60—90 граммамъ, такъ что при 6—8 кормленіяхъ общая сумма получаемого ребенкомъ въ день молока равняется 540 граммамъ ( $2\frac{1}{2}$  — 3-мъ чайнымъ стаканамъ). Этого совершенно достаточно для питанія ребенка въ теченіе дня. Обѣ груди слѣдуетъ давать поочередно;

при обильномъ отдѣленіи молока ребенокъ можетъ вполне насытиться одною грудью.

Какъ можно заключить изъ предыдущаго, кормленіе грудью требуетъ особенно тщательнаго ухода за молочными железами: женщина уже во время беременности должна приступить къ этому уходу. Необходимо закалить и сдѣлать болѣе грубой верхнюю кожицу соска посредствомъ холодныхъ обмываній, обтираній водкою или другими стягивающими растворами, напимѣръ, растворомъ танина, чтобы не пришлось съ перваго же дня кормленія страдать отъ трещинъ сосковъ. Въ случаѣ же появленія такихъ болшею частью очень мелкихъ трещинъ на верхней нѣжной кожицѣ соска, слѣдуетъ немедленно обратиться къ врачу за совѣтомъ. Педантично-опрятное содержаніе грудного соска — главнѣйшее требованіе при кормленіи грудью! Лишь тщательнымъ обмываніемъ соска до и послѣ сосанія можно предотвратить воспалительныя заболѣванія грудной железы; передъ каждымъ кормленіемъ грудью пальцы родильницы должны быть основательно вымыты мыломъ, иначе она можетъ причинить себѣ вредъ прикосновеніемъ собственныхъ грязныхъ пальцевъ къ соску. Воспаленіе и образованіе гноя въ молочныхъ железахъ всегда является только послѣдствіемъ неопрятности при кормленіи грудью, но не отъ «перегоранія» или «застоя» молока, какъ это говорятъ въ народѣ.

Въ виду этого, къ сожалѣнію, сильно распространеннаго среди публики суевѣрнаго взгляда необходимо дать нѣсколько указаній некормязимъ женщинамъ. Нагрубаніе грудей у некормязей наступаетъ болшею частью лишь къ концу первой недѣли. Наложеніемъ плотной повязки изъ полотна или грудного бинта можно уменьшить приливъ молока къ грудямъ и ихъ нагрубаніе; во многихъ же случаяхъ сидѣлка должна обратиться къ помощи врача, который постарается вызвать уменьшеніе молока посредствомъ слабительныхъ средствъ и

соотвѣтствующей діѣты. Весьма большой ошибкой считается примѣняемое для этой цѣли выжиманіе (счиркиваніе) или отсасываніе груднымъ насосомъ; этимъ достигаютъ какъ разъ обратнаго дѣйствія, такъ какъ, вслѣдствіе раздраженія отдѣленіе молока снова усиливается; кромѣ того при означенномъ способѣ, если только не будетъ соблюдена строжайшая чистота, можетъ возникнуть воспаленіе груди.

Въ общемъ женщина можетъ кормить грудью своего ребенка до тѣхъ поръ, пока есть молоко и пока оно идетъ ребенку впрокъ. Нѣкоторыя женщины могутъ кормить 9 — 10 мѣсяцевъ; долѣе этого срока кормить грудью не имѣетъ никакого смысла, ибо съ этого времени ребенокъ можетъ переносить уже и другую пищу, кромѣ молока. Очень многія женщины могутъ кормить всего лишь нѣсколько недѣль, приблизительно около  $\frac{1}{4}$  года, но даже и это короткое время кормленія грудью благотворно дѣйствуетъ на обоихъ: на мать, потому что оно способствуетъ ея скорѣйшему выздоровленію (ускоряетъ обратное развитіе половыхъ органовъ), и на ребенка, ибо этимъ кладется прочное основаніе его дальнѣйшему развитію. Наступленіе мѣсячныхъ очищеній ни въ коемъ случаѣ не мѣшаетъ кормленію, однако,—при новой беременности слѣдуетъ постепенно отнять ребенка отъ груди. «Отученіе» или «отнятіе» ребенка отъ груди никогда не должно происходить быстро, сразу, но лишь съ соблюденіемъ самой строгой постепенности, чтобы младенецъ могъ мало-помалу привыкнуть къ новому роду пищи. Душевное состояніе кормилицы вліяетъ на кормленіе: спокойное, веселое настроеніе способствуетъ обильному отдѣленію молока, а раздраженіе, волненіе, испугъ и заботы, наоборотъ, уменьшаютъ количество молока. Кормящей матери должно быть пріятно сознаніе, что она способствуетъ успѣшному развитію своего ребенка и предохраняетъ его такимъ образомъ отъ болѣзней.

Бросивъ вкратцѣ взглядъ на все вышесказанное, мы снова повторяемъ, что при уходѣ за родильницей выше всего стоятъ: чистота, опрятность и, добросовѣстное наблюденіе за матерью и ребенкомъ! Уходъ въ теченіе дня рекомендуется расположить слѣдующимъ образомъ: освѣдомившись утромъ у родильницы о ея самочувствіи, сидѣлка измѣряетъ температуру, считаетъ пульсъ; вмѣстѣ съ тѣмъ она должна позаботиться о ребенкѣ, чтобы не произошло загрязненія послѣродовыми выдѣленіями его тѣла, особенно пупка; затѣмъ она записываетъ температуру родильницы на температурномъ листкѣ, въ случаѣ необходимости, она заботится о мочеиспусканіи и опороженіи кишечника родильницы; подмываетъ ей наружныя половыя части и мѣняетъ подкладки и подстилки. По вечерамъ повторяется то же самое и въ томъ же порядкѣ, съ той разницей, что вмѣсто купанія ребенка сидѣлка ограничивается лишь его обмываніемъ.

## ГЛАВА II.

### Уходъ за здоровымъ ребенкомъ въ первыя недѣли его жизни.

Въ правильномъ уходѣ за ребенкомъ лежитъ залогъ его дальнѣйшаго физическаго и духовнаго развитія, а также и предохраненія его отъ всѣхъ дѣтскихъ заболѣваній. Всѣмъ извѣстно, что цифра смертности грудныхъ дѣтей, несмотря на всѣ гигиеническія мѣры, еще ужасно велика <sup>1)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Вѣрное представленіе объ этомъ можно получить, если число смертности выразить въ цифрахъ. Такъ въ Германіи въ 1903 году изъ 2-хъ приблизительно миллионовъ дѣтей умерло 400.000 на первомъ году жизни, т. е.  $\frac{1}{5}$  всѣхъ родившихся жи-



Дѣтская смертность обусловлена большею частью заболѣваніями желудка и кишечника, которыя въ свою очередь, зависятъ прежде всего отъ неправильнаго питанія или ухода, въ особенности же отъ недостатка опрятности.

Въ уходѣ за дѣтми главнымъ принципомъ является самое строгое соблюденіе чистоты. Опрятность слѣдуетъ соблюдать не только по отношенію къ извѣстнымъ мѣстамъ (пугокъ, ягодицы, складки кожи), но также и по отношенію ко всему тѣлу. Сюда же присоединяется уходъ за кожей, соотвѣтственная одежда, постель и пріученіе къ свѣжему воздуху (закаливаніе). Особенно важное значеніе слѣдуетъ приписать правильному питанію, которое, вмѣстѣ съ вышеупомянутыми условіями, служить залогомъ успѣшнаго развитія ребенка.

выми. Въ Россіи (въ 1904 г. въ возрастѣ 0 до 5 л. смертность составляла 582,5 на 1000 родившихся) и Австріи цифра смертности еще больше. Понятно, эти числа колеблются въ зависимости отъ мѣста и времени. Такъ, на примѣръ, въ большихъ городахъ Германіи смертность дѣтей значительно больше чѣмъ въ деревняхъ. Большинство смертныхъ случаевъ у дѣтей падаетъ на жаркіе лѣтніе мѣсяцы—іюль и августъ и погибаютъ большею частью дѣти на 1-мъ мѣсяцѣ жизни; приблизительно около  $\frac{1}{4}$  всѣхъ грудныхъ дѣтей погибаютъ, не достигши мѣсячного возраста, на 2-мъ и 3-мъ мѣсяцѣ еще 20%, а начиная съ 6-го мѣсяца смертность постепенно уменьшается. Главною причиною является разстройство питанія, что именно и обуславливаютъ болѣе  $\frac{2}{3}$  всѣхъ смертныхъ случаевъ на первомъ году жизни. Особенно губительнымъ для грудныхъ дѣтей оказывается искусственное вскармливаніе. Доказано, что цифра смертности дѣтей, вскормленныхъ молокомъ животныхъ, въ 6 разъ превосходитъ таковую же дѣтей, вскормленныхъ грудью. Понизить эту громадную цифру смертности въ состояніи лишь цѣлесообразное питаніе. Стремленія образованныхъ съ этой цѣлью «обществъ для борьбы со смертностью грудныхъ дѣтей» должны, поэтому, всюду находить сочувствіе, въ интересахъ здороваго потомства и національнаго самосохраненія.

Отмѣтимъ слѣдующее относительно общаго ухода за тѣломъ.

Каждаго новорожденнаго ребенка слѣдуетъ купать, по возможности, ежедневно; самое лучшее время для купанія — утро. Сейчасъ же послѣ рожденія втираніемъ мягкаго масла или жира удаляютъ находящуюся обыкновенно на кожѣ ребенка сыровидную смазку; это необходимо повторять ежедневно въ ваннѣ, ибо кожа новорожденнаго въ первые дни продолжаетъ шелушиться и потѣть. Части, наиболѣе подверженныя загрязненію, напудриваются талькомъ или смазываются жиромъ. Температура ванны, измѣренная ванномъ термометромъ, должна быть теплая ( $35^{\circ}$  Цельсія =  $28^{\circ}$  Реомюра), ибо дѣтскій организмъ весьма чувствителенъ къ охлажденіямъ. Позднѣ ванна можетъ постепенно дѣлаться прохладнѣе. Когда отмѣчаютъ высоту температуры, не слѣдуетъ вынимать термометра изъ ванны, и та часть термометра, на которой находится столбикъ ртути, должна находиться подъ водою. Никогда нельзя полагаться на приблизительное опредѣленіе температуры, погружая въ воду обнаженный локоть или, еще хуже, мало чувствительную кисть руки! Уже не одинъ ребенокъ погибъ отъ горячей ванны. Купаніе ребенка продолжается приблизительно 5 минутъ. Ребенокъ, погруженный въ воду по шейку, лежитъ во время купанія на обнаженной лѣвой рукѣ сидѣлки, въ то время какъ правой рукою она вытираетъ все тѣлце чистою, мягкою купальною губкою или еще лучше — ватою; намыливать можно только мягкимъ пережиреннымъ (нейтральнымъ) мыломъ. Слѣдуетъ стараться, чтобы вода не попала въ глаза или уши ребенка. Особенной заботливости требуютъ остатки пуповины и глазки; нельзя никогда тянуть за высохшій пупочный канатикъ: подергиванія остатка пуповины могутъ повлечь за собою кровотеченіе изъ пупка или же другія плохія

послѣдствія. Глазки ребенка никогда не моются водою изъ той же ванны, въ которой купали его тѣло, но для этой цѣли всегда готовятъ въ особой посудѣ отварную воду и обмываютъ ею послѣ ванны личико и глазки ребенка при помощи куска ваты.

Послѣ купанья ребенка необходимо осторожно обтереть нагрѣтою мягкою купальною простынею и перевязать остатокъ пуповины стерилизованнымъ марлевымъ или полотнянымъ бинтомъ и кускомъ ваты. Послѣ отпаденія остатка пуповины (спустя 6 или 8 дней) пупочная ранка просто покрывается чистою ватою, которая укрѣпляется пупочнымъ бинтомъ (повязкой). Присыпки сидѣлка должна примѣнять лишь по предписанію врача<sup>1</sup>). Пупокъ, равно какъ и глазки ребенка, слѣдуетъ особенно тщательно охранять отъ загрязненія послѣ родовыми очищеніями. Поэтому слѣдуетъ всегда соблюдать старинное правило: «прежде позаботиться о ребенкѣ, а потомъ уже о матери». Если сидѣлка дотронулась руками до подстилокъ, то она должна, прежде чѣмъ заняться ребенкомъ, тщательно продезинфицировать свои руки.

Купаніе ребенка въ ваннѣ происходитъ обыкновенно по утрамъ, вечеромъ же можно ограничиться лишь обмываніемъ дѣтской спинки и ягодицъ тепловатою водою; каждый разъ эту воду берутъ немного прохладнѣе съ цѣлью закаливанія; однако и при закаливаніи не слѣдуетъ впадать въ крайности.

Ежедневное купанье здоровыхъ и крѣпкихъ дѣтей необходимо не только въ виду общей опрятности, но и потому, что оно предохраняетъ дѣтей отъ появленія на тѣлѣ сыпи и изъязвленій. При купаніи и при обмываніяхъ необходимо обращать

<sup>1</sup>) Весьма хорошо сушить примѣняемый многими врачами порошокъ дерматоліа или же жженый бѣлый глиноземъ (квасцы).

особенное вниманіе на находящіяся у ребенка складки кожи; вслѣдствіе того, что ребенокъ часто мочится подъ себя, слѣдуетъ обмывать его и въ промежуткахъ между двумя главными кунаніями; это еще болѣе важно для преждевременно родившихся дѣтей (недоносковъ). Излюбленными мѣстами появленія сыпи бываютъ: округность заднепроходнаго отверстія, складки у половыхъ органовъ, подмышечныя впадины и боковыя части шеи. Запущенныя въ этомъ отношеніи, неряшливо содержимыя дѣти имѣютъ жалкій видъ. Мѣста, гдѣ кожа образуетъ складки, послѣ обмыванія можно напудрить или, еще лучше, намазать жиромъ: для этого очень подходитъ бѣлый американскій вазелинъ или ланолинъ.

Кожа на головкѣ ребенка также требуетъ основательнаго (но осторожнаго!) обмыванія, чтобы предохранить ее отъ накопленія на ней грязи; этого тѣмъ болѣе слѣдуетъ опасаться, что обыкновенно у ребенка больше всего потѣетъ кожа черепа.

Роднички, какъ уже упомянуто выше, представляютъ собою затянутыя лишь кожею и твердою мозговою оболочкою промежутки между двумя соприкасающимися костями. Самымъ важнымъ считается большой родничокъ, находящійся спереди выше лобной части черепа; малый родничокъ (находящійся на задней части темени) обыкновенно уже черезъ нѣсколько мѣсяцевъ зарастаетъ, закрывается, въ то время какъ большой еще долгое время прощупывается на головкѣ; онъ закрывается лишь по истеченіи перваго года жизни ребенка. Запоздавшее зарощеніе большого родничка всегда наводитъ на мысль о заболѣваніи ребенка рахитомъ (англійская болѣзнь). Если на головкѣ находятся засохшія шелушащіяся чешуйки кожи, то онѣ должны быть сперва размягчены чистымъ масломъ, на примѣръ оливковымъ, а затѣмъ уже онѣ смываются теплою во-

дою и нейтральнымъ мыломъ. Родовая опухоль головы (см. выше) уже черезъ нѣсколько дней послѣ рожденія опадаетъ и не требуетъ никакого леченія.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда у ребенка появляется сыпь въ пахахъ (между ногами) и на ягодицахъ, слѣдуетъ немедленно пригласить врача; чѣмъ скорѣе обратиться съ этимъ заболѣваніемъ къ врачебной помощи, тѣмъ легче его вылечить. Появленію сыни обыкновенно предшествуетъ сильное покрасненіе кожи на ягодицахъ, и объ этомъ слѣдуетъ уже заблаговременно сообщить врачу.

Загрязненіе кожи ребенка мочею и испражненіями, которыя выдѣляются у него довольно часто въ теченіе сутокъ (1—2, даже 3 раза стулъ, 10—15 разъ — мочеиспусканіе) способствуетъ тому, что сыпь чаще всего появляется въ области заднепроходнаго отверстія. Поэтому весьма важно обмывать ребенка послѣ стула и перекладывать его чаще въ сухія пеленки. Это должно происходить по крайней мѣрѣ 5—6 разъ въ день.

При уходѣ за дѣтми очень важна цѣлесообразная для нихъ одежда. Такъ какъ дѣтскій организмъ выдѣляетъ кожей большое количество жира и пота, то одежда ребенка не должна быть очень теплой и плотно облегающей тѣло, въ противномъ случаѣ она препятствуетъ расширенію грудной клѣтки во время дыханія и росту организма вообще. Ручки ребенка должны быть всегда свободными; но и ножки не должны быть связаны въ своихъ движеніяхъ. Платье ребенка должно всегда свободно облегать его тѣльце. Самое практичное держать ребенка хотя бы въ теченіе нѣкотораго времени въ дѣтскомъ конвертикѣ (тюфячкѣ) или на подушечкѣ. Ребенокъ одѣвается лишь въ кофточку и рубашечку (распашонку), застегивающіяся сзади; свободный кусокъ полотна (пеленки) подвернуть между ножками и укрѣпить поперекъ тѣльца ребенка спереди. Ножки

и грудь остаются свободными. Движенія не связаны и перемѣнить пеленки можно гораздо быстрѣе и удобнѣе, чѣмъ при обыкновенномъ способѣ пеленанія. Слѣдуетъ замѣтить, что въ подобномъ конвертикѣ нельзя носить ребенка въ вертикальномъ, но только въ горизонтальномъ положеніи, ибо въ противномъ случаѣ могутъ легко возникнуть искривленія весьма вѣжнаго и слабаго младенческаго позвоночника. Одежда ребенка должна быть по возможности проста и просторна: разрѣзанная сзади рубашечка (распашонка), кофточка, треугольная пеленка, кусокъ фланели вокругъ тѣла и поверхъ этого—шерстяное одѣяльце. Головка и ручки остаются непокрытыми. Такимъ образомъ младенецъ не стѣсненъ въ своихъ разнообразнѣйшихъ движеніяхъ. Дѣтское бѣлье должно быть предвѣрительно согрѣто; слѣдуетъ также позаботиться о достаточномъ его запасѣ въ дѣтской.

Хотя ребенокъ (въ особенности недоношенный) и нуждается въ достаточномъ теплѣ, однако послѣднимъ не слѣдуетъ злоупотреблять. Это относится какъ къ дѣтской комнатѣ, такъ и къ постелькѣ ребенка. Температура дѣтской должна быть немного выше температуры обыкновеннаго жилого помѣщенія и поддерживается около 19—20° Цельсія; необходимо постоянно провѣтривать воздухъ дѣтской и увлажнять его. Для дѣтской выбираютъ, по возможности, самую спокійную, сухую и солнечную комнату. Отъ слишкомъ яркаго свѣта ребенка можно защитить устройствомъ тонкаго полога изъ прозрачной матеріи (тюля) надъ его кроваткой. Было бы неразумно совершенно занавѣшивать окна дѣтской и тѣмъ самымъ лишать ребенка дневнаго свѣта.

При благопріятной погодѣ ребенка можно выносить на свѣжій воздухъ; въ теплое время года это допустимо уже черезъ нѣсколько дней послѣ рожденія (не рекомендуется слишкомъ рано приносить ребенка въ церковь, въ которой, большою

частью бываетъ холодно; здѣсь слѣдуетъ руководствоваться, во-первыхъ, возрастомъ ребенка, а во-вторыхъ — погодой и временемъ года). Лучшее время для прогулки—это приблизительно между 12 и 2 часами пополудни, когда температура воздуха наиболѣе равномѣрна. Приученіемъ ребенка къ свѣжему чистому воздуху сдѣлана первая попытка его закаливанія, — онъ лучше развивается и пріобрѣтаетъ защиту отъ простуды. Въ первые дни ребенка лучше всего выносить на улицу въ конвертикѣ-матрасикѣ; позже его можно вывозить въ колясочкѣ.

Кровать для ребенка слѣдуетъ устроить неподвижно; для этого употребляютъ плетеную корзину съ маленькимъ тюфячкомъ (самая дешевая кровать, которую можно вездѣ достать), или же дѣтскую колясочку на хорошихъ рессорахъ, въ которой ребенка можно также вывозить на прогулку. Нужно избѣгать всякихъ качающихъ движеній въ «люлькѣ» или «зыбкѣ» въ виду вреднаго ихъ вліянія на мозгъ. Никогда не слѣдуетъ класть ребенка въ постель матери! Это необходимо помнить не только изъ-за возможности зараженія ребенка послѣродовыми очищеніями, но еще и потому, что мать во время сна можетъ задушить ребенка своимъ тѣломъ.

Въ кровать ребенка, на тюфячокъ, кладутъ непромокаемую подстилку (клеенку), а подъ голову легкую подушечку, — слишкомъ мягкая постель способствуетъ искривленію реберъ и позвоночника. Ребенка слѣдуетъ постоянно класть на бокъ, такъ какъ иначе онъ можетъ захлебнуться вытекающимъ обратно изъ горла молокомъ (при отрыжкѣ). Въ холодное время года нужно согрѣвать постельку бутылками съ горячей водой, въ остальное же время гораздо важнѣе охранять самого ребенка отъ охлажденія. Покрывать его слѣдуетъ шерстянымъ одѣяломъ. Избытокъ тепла вреденъ тѣмъ, что способствуетъ обильному отдѣленію пота, и даетъ поводъ къ появленію накожной сыпи, такъ называемой потовой краснухи.

Исключеніе изъ этого правила составляютъ недоношенные и слишкомъ слабыя дѣти, напимѣръ, двойни, которыя, требуютъ особаго ухода; они страдаютъ отъ недостатка тепла въ организмѣ, между тѣмъ какъ отдача ими тепла очень велика. Наряду съ цѣлесообразнымъ питаніемъ лишь одинъ притокъ теплоты извнѣ можетъ способствовать дальнѣйшему развитію такого ребенка. Равномѣрное согрѣваніе ребенка въ такихъ случаяхъ достигается лишь такъ называемымъ инкубаторомъ или «термостатомъ», то есть согрѣвательною ванною, въ двойныхъ стѣнкахъ которой находится теплая вода температуры крови (37° Ц.). Въ ней то и слѣдуетъ устроить постельку ребенка. Отъ времени до времени нужно обновлять воду, доливая горячую, чтобы ванна не охладилась. Въ дѣтскихъ пріютахъ, клиникахъ, больницахъ для ухода за недоносками съ большимъ успѣхомъ примѣняются спеціальныя аппараты, такъ называемыя кровати-теплички (couveuses). Къ сожалѣнію, эти аппараты слишкомъ дороги для примѣненія ихъ въ частной практикѣ. Въ случаѣ невозможности достать ванну-грѣлку, ребенка необходимо съ ногъ до головы укутать (личико открыто!) шерстью или ватой; съ боковъ для поддержанія равномѣрной температуры слѣдуетъ положить согрѣвающія бутылки. Притокъ тепла долженъ соответствовать развитію ребенка. Недоношенныхъ дѣтей первое время не нужно купать каждый день, чтобы предохранить ихъ отъ потери тепла при купаніи; лишь впоследствии они переносятъ и болѣе продолжительныя теплыя ванны. Питаніе такихъ дѣтей слѣдуетъ производить съ кропотливой и неустанной заботливостью. Въ противоположность обычнымъ правиламъ, ихъ нужно кормить почаще малыми дозами, лучше всего — материнскимъ молокомъ, которое, въ случаѣ, если ребенокъ неспособенъ къ сосанію груди, отсасывается груднымъ насосомъ, и затѣмъ этимъ молокомъ кормятъ ребенка съ ложечки.



Головку ребенка слѣдуетъ всегда держать открытою, за исключеніемъ того времени, когда его выносятъ на прогулку; въ послѣднемъ случаѣ достаточно только легко покрывать головку.

Извѣстную систему воспитанія возможно провести и по отношенію ко времени сна и питанія ребенка.

Если ребенокъ засыпаетъ послѣ сосанія, то это служитъ признакомъ того, что пища идетъ ему впрокъ. Если же ребенокъ самъ не проснется спустя  $2\frac{1}{2}$  или 3 часа послѣ кормленія грудью, то его можно безъ опасенія разбудить и снова накормить; это гораздо менѣе вредно для здоровья ребенка, чѣмъ проспать урочное время кормленія и пропустить одинъ приѣмъ пищи. Чтобы приучить ребенка къ 5—6-часовому ночному отдыху, полезно иногда позволить ему ночью покричать вволю, не давая ему для успокоенія пищи, какъ бы жестоко это и не показалось многимъ съ перваго взгляда. Вначалѣ очень легко приучить ребенка къ чему либо, позднѣе же это удастся съ большимъ трудомъ. Если въ теченіе дня соблюдаются указанные часы кормленія, то ребенокъ обыкновенно хорошо спитъ ночью и даетъ спать матери, что полезно обоимъ. Если же ребенокъ неспокоенъ или кричитъ продолжительно и непрерывно—необходимо прежде всего искать причину этого. Часто ребенокъ кричитъ, когда онъ мокрый или когда ему мѣшаютъ складки на пеленкахъ или рубашенкѣ. Нужно имѣть въ виду, что приходится мѣнять пеленки и ночью. Нехорошо для успокоенія давать ребенку резиновую соску; такія средства не только балуютъ дѣтей, но и бываютъ иногда причиной тяжкихъ воспаленій слизистой оболочки полости рта, ибо весьма чувствительная оболочка рта загрязняется этими сосками и воспаляется, а это можетъ привести къ опасному желудочно-кишечному катарру. Такимъ же вреднымъ средствомъ успокоенія

слѣдуетъ считать укачиваніе ребенка въ люлькѣ<sup>1)</sup> — способъ, часто примѣнявшійся до сихъ поръ. Дѣти, которыхъ вынимають послѣ ѣды изъ кровати или которыхъ укачиваютъ, весьма легко срыгиваютъ обратно пищу.

Срыгиваніе принятой ребенкомъ пищи, то есть внезапное опорожненіе черезъ ротъ пищи, содержащейся въ желудкѣ, большею частью происходитъ сразу послѣ торопливаго кормленья, или же вслѣдствіе обычая сидѣлокъ поднимать ребенка послѣ кормленья нѣсколько разъ вверхъ съ цѣлью вызвать отрыжку, чтобы этимъ способомъ убѣдиться въ томъ, что онъ сытъ. Нѣкоторыя дѣти срыгиваютъ постоянно, послѣ каждаго кормленья и, несмотря на это, великолѣпно растутъ и развиваются. Съ отрыжкой нельзя смѣшивать рвоту, которая появляется уже нѣкоторое время спустя послѣ приема пищи. Если ребенокъ очень посиѣшно ѣлъ, при чемъ проглотилъ воздухъ, то это иногда вызываетъ у него икоту, то есть конвульсивныя сокращенія грудобрюшной преграды; въ такихъ случаяхъ нужно поднять ребенка и шлепнуть его легонько по спинкѣ, чтобы воздухъ вышелъ.

Особенно важную роль при уходѣ за дѣтьми играетъ питаніе, основныя правила котораго должны быть извѣстны каждой матери и каждой сидѣлкѣ.

Вскармливаніе ребенка происходитъ нѣсколькими способами:

---

<sup>1)</sup> Само собою понятно, что ребенку не слѣдуетъ давать для успокоенія чаю (укропный чай) или другихъ подобныхъ средствъ. Въ нѣкоторыхъ областяхъ Южной Германіи, Австріи и Швейцаріи существуетъ очень опасный обычай давать дѣтямъ такъ наз. *сонный чай* для успокоенія. Онъ содержитъ въ себѣ составныя части маковыхъ сѣмянъ, то есть также и морфій (ядъ!) и можетъ вслѣдствіе этого отравить ребенка!

1. Грудью матери или молокомъ кормилицы (естественное кормленіе).

2. Молокомъ домашнихъ животныхъ или другими питательными веществами (искусственное вскармливаніе).

3. Одновременно тѣмъ и другимъ (смѣшанное кормленіе). По всѣмъ послѣднимъ и согласнымъ между собою наблюденіямъ доказано, что самое правильное питаніе—это кормленіе материнскимъ молокомъ.

Подробности относительно такого кормленія были уже указаны выше. Слѣдуетъ еще прибавить, что кормленіе материнскимъ молокомъ представляетъ собою самое цѣлесообразное и въ то же время самое дешевое питаніе. Но не каждая мать можетъ и хочетъ кормить своего младенца своею грудью; состояніе здоровья или профессія служатъ иногда достаточнымъ оправданіемъ этого; въ такомъ случаѣ ребенку слѣдуетъ давать надлежащую, замѣняющую ему молоко матери, искусственную пищу. Рѣшить, какого рода питаніе необходимо примѣнить въ томъ или иномъ случаѣ, можетъ только врачъ. — Въ теченіе первыхъ 12 — 15 часовъ послѣ рожденія ребенокъ совершенно не нуждается въ питаніи; обычай давать ребенку тотчасъ же послѣ родовъ сахарную воду или укропный чай съ сахаромъ лучше оставить совсѣмъ. Укропный чай не представляетъ собою питательнаго вещества, а какъ лечебное средство играетъ извѣстную роль лишь позднѣе (такъ, напримѣръ, при разстройствѣ пищеваренія). Нѣкоторые врачи прописываютъ укропный чай въ первые 12 часовъ послѣ рожденія лишь для того, чтобы очистить кишечникъ младенца отъ первороднаго кала (меконіума), но не съ цѣлью питанія.

Здѣсь считаемъ уместнымъ еще разъ подчеркнуть, что 1) каждой здоровой матери настоятельно рекомендуется кормить своего ребенка своею своею грудью. Это есть священ-

нѣйшая обязанность матери, если кормленіе возможно, хотя бы только въ теченіе первыхъ недѣль! 2) каждая кормящая мать должна соблюдать осторожность и заботливость въ исполненіи правилъ гигиены: обмывать грудные соски до и послѣ кормленія, тщательно мыть руки, соблюдать опредѣленные часы кормленія.

Если по какой либо причинѣ мать дѣйствительно не имѣетъ возможности сама кормить, или же, несмотря на ея кормленіе, не замѣчается никакого успѣха въ развитіи ребенка и, наконецъ, если на основаніи дальнѣйшихъ наблюденій приходится запретить кормленіе, то лишь одинъ врачъ имѣетъ право рѣшать, какого рода искусственное питаніе слѣдуетъ примѣнить въ томъ или иномъ случаѣ. Здѣсь представляются на выборъ:

1. Кормленіе при помощи здоровой кормилицы.

2. Искусственное вскармливаніе коровимъ молокомъ или замѣняющими его веществами.

Остановимся сначала на первомъ. Главные вопросы, на которые приходится отвѣтить при этомъ (съ помощью врача) таковы:

1. Здорова ли кормилица?

2. Имѣетъ ли она достаточно молока?

3. Здоровъ ли и хорошо ли развивается собственный (родной) ребенокъ кормилицы?

По отношенію къ первому вопросу необходимо обратить главное вниманіе на то, не больна ли кормилица какоюнибудь заразною или наслѣдственною болѣзью или какимънибудь злокачественнымъ половымъ заболѣваніемъ. Если кормилица больна чахоткой (туберкулезъ легкихъ), ее слѣдуетъ безусловно забракловать. Кромѣ того нужно принять во вниманіе предшествующую жизнь кормилицы, ея семейное положеніе, характеръ, и нѣкоторыя физическія качества (хорошіе зубы и

т. д.). Особенно пригодны въ кормилицы женщины со спокойнымъ характеромъ, не волнующіяся по каждому пустому поводу.

Послѣ того какъ осматриваемая женщина найдена въ отношеніи физическаго здоровья пригодною для выполненія обязанностей кормилицы, слѣдуетъ отвѣтить еще и на второй вопросъ: «имѣетъ ли кормилица хорошее молоко и въ достаточномъ ли количествѣ»? Для этого тщательно изслѣдуются ея груди (молочныя железы). Послѣднія должны быть хорошо развиты, соски должны имѣть форму, удобную для захватыванія дѣтскимъ ротикомъ, при нажатіи на нихъ пальцами (передъ сосаніемъ) молоко должно брызгать сильною струею. Качество молока можно приблизительно опредѣлить извѣстною «пробою на ногтѣ». Если капелька молока стоитъ на ногтѣ пальца въ формѣ пѣльной капли (круглой), то это означаетъ, что молоко жирно, если же послѣдняя расплывается по всему ногтю въ видѣ синеватой массы, то значитъ молоко водянисто и мало питательно.

Въ распоряженіи врачей находятся еще и другіе, болѣе точные, способы изслѣдованія. Лучшимъ пробнымъ камнемъ для рѣшенія вопроса о качествѣ молока служитъ пунктъ послѣдній: «степень упитанности собственнаго ребенка кормилицы». Онъ долженъ быть совершенно здоровъ, не долженъ нигдѣ имѣть сыней, — слѣдуетъ обратить особенное вниманіе на ладони рукъ и подошвы ногъ, также на окружность задне-проходнаго отверстія и наружныя половыя части. Упомянемъ еще, что различіе въ возрастѣ между ребенкомъ, къ которому кормилица приглашается, и ея собственнымъ не должно быть не больше 3-хъ мѣсяцевъ. Въ общемъ рекомендуется брать кормилицу, разрѣшившуюся отъ бремени за 2—3, еще лучше за 4—6 недѣль до рожденія ея будущаго питомца. Кормившихъ уже нѣсколько разъ (много-родившихъ) слѣдуетъ предпочесть кормящимъ въ первый разъ.

Перемѣна образа жизни и питанія имѣетъ особенно большое вліяніе на кормилицъ, которыя являются изъ деревень въ города. Слѣдуетъ позаботиться о томъ, чтобы кормилица имѣла свой прежній привычный столъ, если онъ цѣлесообразенъ. Питаніе кормилицы должно сообразоваться съ правилами, предписанными для кормящей грудью женщины вообще. Съ употребленіемъ пива нужно вначалѣ еще быть осторожнымъ. Слизистые (овсяный и ячменный), равно какъ и молочные супы гораздо больше способствуютъ отдѣленію молока, чѣмъ пиво и другія ложно прославленные «молочногонныя» средства, которыя, къ тому же, не всегда легко переносятся желудкомъ. Рекомендуются вообще избѣгать слишкомъ обильнаго питанія, ибо это можетъ лишь вызвать расстройство желудка кормилицы и ребенка. Кромѣ того необходимо разрѣшать кормилицѣ ежедневныя прогулки на свѣжемъ воздухѣ и давать ей подходящую физическую работу. Нужно всегда слѣдить за тѣмъ, чтобы кормилица, изъ желанія скрыть недостатокъ молока, тайкомъ не давала ребенку искусственныхъ средствъ питанія! Быстрое развитіе ребенка (его вѣсъ и общій видъ) — вотъ лучшія доказательства пригодности кормилицы.

Но нельзя всецѣло полагаться на кормилицу и совершенно довѣрять ей своего ребенка,—мать должна о немъ заботиться точно такъ же, какъ если бы она кормила его собственной грудью.

Кормилица тотчасъ же по поступленіи на должность должна принять теплую ванну съ мыломъ; въ случаѣ, если груди сильно напряжены отъ переполненія молокомъ, можно высосать первое молоко груднымъ насосомъ. Затѣмъ нужно обратить вниманіе на то, ухаживаетъ ли кормилица надлежащимъ образомъ за ребенкомъ и выполняетъ ли требованія опрятности и чистотности. Необходимо постоянно слѣдить за здоровьемъ кор-

милицы, особенно послѣ появившихся у нея кровотеченій, и разстройствъ пищеваренія.

Иногда питаніе исключительно грудью кормилицы нежелательно, или же обстоятельства не позволяютъ держать кормилицу для одного ребенка; въ такомъ случаѣ кормилица кормитъ ребенка грудью всего одинъ или 2—3 раза въ день, а въ остальное время ему необходимо прикармливаніе. Самъ по себѣ этотъ способъ частичнаго вскармливанія кормилицей нецѣлесообразенъ, такъ какъ при немъ ребенокъ получаетъ недостаточное количество материнскаго молока; съ другой же стороны мы въ настоящее время имѣемъ возможность, благодаря современной техники и различнымъ питательнымъ средствамъ, доставить ребенку удовлетворительное искусственное питаніе. Способъ смѣшаннаго вскармливанія производится и въ томъ случаѣ, если мать можетъ давать ребенку только часть необходимаго ему количества молока; такъ, напримѣръ, если она кормитъ его всего лишь 3—4 раза въ день, то остальное время необходимо прикармливать изъ рожка («прикармливаніе» или «кормленіе двумя сортами молока»). Во всякомъ случаѣ дѣти, которымъ наряду съ искусственнымъ кормленіемъ даютъ еще женское молоко, развиваются гораздо лучше, чѣмъ тѣ, которыхъ почти съ первыхъ дней вскармливаютъ исключительно рожкомъ.

Когда мать не въ состояніи кормить сама грудью, а пригласить къ ребенку кормилицу не позволяютъ средства, приходится прибѣгнуть къ помощи «искусственнаго вскармливанія» или питанія ребенка изъ рожка. Искусственное вскармливаніе никоимъ образомъ не можетъ сравняться съ питаніемъ материнскимъ молокомъ, хотя нѣкоторые препараты для искусственнаго вскармливанія и рекламируются усиленно. При искусственномъ питаніи нельзя отрицать опасности отъ прониканія въ кишечникъ ребенка зародышей (микробовъ)

всяких болѣзней. Поэтому, прежде чѣмъ рѣшиться «искусственно вскармливать» ребенка, необходимо серьезно подумать объ этомъ. Нѣтъ ничего труднѣе перехода отъ естественной пищи къ искусственной. Сюда же присоединяется и то обстоятельство, что въ первые недѣли жизни процентъ дѣтской смертности гораздо болѣе, чѣмъ въ болѣе позднемъ возрастѣ, послѣ 6 мѣсяцевъ. Поэтому слѣдуетъ помнить правило: если мать дѣйствительно не можетъ сама кормить, необходимо обратиться за совѣтомъ къ врачу.

При искусственномъ вскармливаниі на первомъ планѣ стоитъ коровье молоко. Конечно, этотъ способъ кормленія отличается отъ естественнаго питанія, а именно:

1. Составъ даваемой ребенку естественной пищи (материнскаго молока) во многомъ отличается отъ состава искусственно приготовленнаго питанія.

2. Коровье молоко приходится нѣкоторое время давать разбавленнымъ водою.

3. Искусственная пища ребенка подвержена порчѣ и загрязненію при ея добываніи, перевозкѣ и сохраненіи, и поэтому можетъ причинить вредъ ребенку.

Отсюда ясно, что мы должны стремиться къ тому, чтобы коровье молоко давалось ребенку:

А) въ формѣ, близко подходящей къ составу женскаго молока;

В) въ надлежащемъ разбавленіи;

С) совершенно свободнымъ отъ бактерій.

Къ услугамъ питанія находятя: коровье молоко, козье, кобылье и молоко ослицы. По своему составу ближе всего къ женскому молоку подходит молоко ослицы, но достать его гораздо труднѣе, чѣмъ коровье молоко. Если нѣтъ хорошаго коровьяго молока, то можно спокойно употреблять козье, тѣмъ болѣе, что такъ называемый казеинъ или бѣлокъ по-



слѣднаго болѣе удобоваримъ и, кромѣ того, козы рѣже болѣе туберкулезомъ (бугорчаткой). Козье молоко немного жирнѣе коровьяго. Нижеприведенная маленькая таблица весьма ясно показываетъ различіе составовъ женскаго и коровьяго молока.

Въ 100 частяхъ молока содержится приблизительно:

|                  | Воды. | Казеина. | Жира. | Сахара(молочнаго) |
|------------------|-------|----------|-------|-------------------|
| Женское мол. . . | 87,91 | 0,88     | 3,31  | 7,16              |
| Коровье » . .    | 87,60 | 3,20     | 3,50  | 5,0               |

Для выполненія перваго требованія: сдѣлать коровье молоко по своему составу и питательной цѣнности приблизительно равнымъ женскому, коровье молоко приходится разбавить водою и придать ему надлежащій сладкій вкусъ при помощи молочнаго сахара. Хорошее молоко (лучше всего смѣшанное отъ многихъ здоровыхъ коровъ) имѣетъ, какъ показываетъ таблица, большее содержаніе казеина и мѣньшее—молочнаго сахара въ сравненіи съ женскимъ молокомъ; для уничтоженія этой разницы необходимо соотвѣтственное разбавленіе молока водою и, кромѣ того, прибавленіе молочнаго сахара, приблизительно—одной неполной столовой ложки на  $1/2$  литра (5 чайн. стак.) разбавленнаго молока. Никогда не слѣдуетъ вмѣсто молочнаго сахара прибавлять обыкновенный продажный (свекловичный) сахаръ или сахарный песокъ.

Степень разбавленія молока водою должна быть приблизительно слѣдующая:

*На первомъ мѣсяцѣ жизни ребенка:*

Первая недѣля: 1 часть молока и 3 части воды.

Вторая, третья и четвертая недѣли: 1 часть молока и 2 части воды. Приблизительно: 350 кубич. сант. ( $1\frac{3}{4}$  чайн. стакана) молока и 700 кубич. сант. ( $3\frac{1}{2}$  стакана) воды («треть молока»).

*На второмъ мѣсяцѣ:*

1 часть молока и 2 части воды (къ концу второго мѣсяца постепенно переходятъ къ молоку пополамъ съ водою). Приблизительно: 400 кубич. сант. (2 чайн. стак.) молока и 600 куб. сант. (3 чайн. стак.) воды.

*На третьемъ мѣсяцѣ:*

Смѣсь изъ равныхъ частей воды и молока: 500 кубич. сант. ( $2\frac{1}{2}$  стак.) молока и 500 кубич. сант. ( $2\frac{1}{2}$  стак.) воды («молоко пополамъ съ водою»).

*На четвертомъ мѣсяцѣ:*

Молоко и вода поровну: 550 кубич. сант. ( $2\frac{3}{4}$  стак.) молока и 550 кубич. сант. ( $2\frac{3}{4}$  стак.) воды.

*На пятомъ мѣсяцѣ:*

3 части молока и 2 части воды: 600 кубич. сант. (3 стак.) молока и 400 кубич. сант. (2 стак.) воды (Переходная ступень къ «двумъ третямъ молока»).

*На шестомъ мѣсяцѣ:*

Приблизительно 2 части молока и 1 часть воды: 800 куб. сант. (4 стак.) молока и 400 кубич. сант. (2 стак.) воды («двѣ трети молока»).

*На седьмомъ мѣсяцѣ:*

Постепенный переходъ къ «тремъ четвертямъ молока» и затѣмъ къ неразбавленному «цѣльному» молоку: 1000 куб. сант. (5 стак.) молока и 200 куб. сант. (1 стак.) воды или 1100 куб. сант. ( $5\frac{1}{2}$  стак.) молока и 100 куб. сант. ( $\frac{1}{2}$  стак.) воды.

Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ врачъ долженъ указать ту или другую степень разбавленія молока. Дѣти различно переносятъ степень разбавленія молока, такъ, инымъ полезнѣе слабое, другимъ же, наоборотъ, лишь сильное разбавленіе водою. Вслѣдствіе этого невозможно установить общей схемы и вы-

шеприведенныя цифры (въ таблицѣ) должны служить лишь приблизительнымъ указаніемъ. Вообще уже на шестомъ мѣсяцѣ или послѣ шестого можно медленно переходить къ неразбавленному, чистому коровьему молоку, но слѣдуетъ дѣлать это очень осторожно.

Начиная, приблизительно, съ 7-го или 8-го мѣсяца можно прикармливать ребенка яичнымъ желткомъ, молочнымъ супомъ съ рисомъ, жидкимъ слизистымъ или маннымъ супомъ, позднѣе также и кашкой<sup>1)</sup>). Для слабенькихъ дѣтей весьма полезны въ видѣ приправы къ ѣдѣ препараты, содержащіе фосфоръ и кальцій. Эти и подобныя имъ средства должны, однако, даваться лишь по совѣту врача.

Количество прибавляемаго къ молочной смѣси молочнаго сахара остается въ общемъ однимъ и тѣмъ же; оно равняется, приблизительно, полной чайной ложкѣ на бутылочку, т. е. по крайней мѣрѣ одной столовой ложкѣ на  $\frac{1}{2}$  литра ( $2\frac{1}{2}$  чайн. стакана) смѣси. Но иногда приходится это количество увеличивать и уменьшать. Очень полезно къ ежедневному количеству молока прибавлять щепотку столовой соли (поваренная соль), чтобы способствовать перевариванію и увеличить питательность пищи, ибо съ разбавленіемъ молока разжижаются также и содержащіяся въ немъ минеральныя соли, которыя необходимы ребенку для роста и развитія костей.

Въ прежніе годы врачи относились очень осторожно къ разбавленію дѣтской пищи. И не безъ основанія:—сильно разбавленная водою пища вредна ребенку, во-первыхъ, тѣмъ,

---

<sup>1)</sup> Очень вредно давать дѣтямъ въ первые дни или недѣли ихъ жизни кашку изъ булочекъ (размякшихъ) или сухариковъ. Дѣтскій желудокъ и кишечникъ въ это время еще не въ состояніи переварить богатую крахмаломъ пищу; эту способность онъ приобретаетъ лишь во второй половинѣ перваго года жизни.

что общее количество ея слишкомъ велико (по объему) въ сравненіи съ материнскимъ молокомъ и, во-вторыхъ,—что почкамъ ребенка—дается при этомъ усиленная работа удалить большое количество жидкости (воды въ мочѣ) изъ организма. Описанный нами способъ разбавленія болѣе рационаленъ и наиболѣе отвѣчаетъ требованіямъ практической жизни.—Кромѣ того многіе врачи совѣтуютъ прибавлять къ ежедневной порціи молока 50 граммъ ( $\frac{1}{8}$  фунта) овсяной или ячменной муки въ отварѣ; этотъ отваръ долженъ быть очень жиденькимъ. Относительно другихъ добавленій къ пищѣ, особенно же извѣстной «дѣтской муки», необходимо всегда предварительно спрашивать совѣта врача. Вообще при вскармливаніи здоровыхъ дѣтей излишне прибѣгать къ помощи мучнистыхъ препаратовъ.

Всѣми описанными до сихъ поръ способами смѣшиванія молока стараются удовлетворить первому требованію искусственнаго вскармливанія—сгладить различіе составовъ искусственной и естественной пищи; удовлетворить же второму требованію относительно чистоты и отсутствія въ молокѣ бактерій оказывается гораздо труднѣе.

Начиная съ момента выдаиванія молока до его перевозки и затѣмъ употребленія въ пищу, оно можетъ загрязняться различными микроорганизмами; если дать такому молоку постоять, то въ немъ образуется густой осадокъ, состоящій изъ безчисленнаго множества частичекъ пыли и разнаго рода микробовъ<sup>1)</sup>. Въ виду этого молоко передъ употребленіемъ

<sup>1)</sup> Среди заболѣваній, переносимыхъ съ животныхъ на человека, самое большое значеніе имѣетъ туберкулезъ. Эта болѣзнь является именно у коровъ («жемчужница»), и притомъ какъ разъ на ея молочныхъ железахъ (вымя). Изъ остальныхъ болѣзней, которыя могутъ вызвать у человека тяжелыя расстройства пищеваренія, слѣдуетъ назвать ящуръ. Въ молокѣ могутъ

въ пищу слѣдуетъ основательно прокипятить, чтобы умертвить или обезвредить находящихся въ немъ микробовъ.

Кипяченіе молока, если оно продолжается не долго (около 10 минутъ), почти не портитъ качества молока. Это можно дѣлать дома, въ особомъ горшкѣ или кастрюлѣ для варки молока, или же въ аппаратѣ Сокслета. Первый способъ въ большомъ ходу въ менѣе состоятельныхъ домахъ, благодаря его дешевизнѣ; кастрюля наполняется молокомъ и ставится въ другой, болѣе большой сосудъ, наполненный водой; послѣднюю нагревають до точки кипѣнія ( $100^{\circ}$  Цельсія) и кипятятъ такимъ образомъ около 10 минутъ. Окружающая горячая вода въ наружномъ сосудѣ нагреваетъ молоко во внутреннемъ. Эту внутреннюю кастрюльку съ молокомъ слѣдуетъ аккуратно закрывать и сохранять въ прохладномъ мѣстѣ при  $18^{\circ}$  Цельсія ( $=14$  град. Реомюра).

Существуетъ цѣлый рядъ аппаратовъ для кипяченія молока, напр., аппаратъ д-ра Поттера, состоящій изъ двухъ сосудовъ: наружнаго эмалированнаго — для воды и внутренняго съ крышкой на шарнирахъ, вмѣстимостью въ 1,5 литра—для молока. Наружный сосудъ можетъ послѣ кипяченія служить въ то же самое время и холодильникомъ, для чего изъ него выливаютъ горячую и наливаютъ холодную воду. Молоко же разливается прямо изъ внутренняго сосуда по бутылкамъ.

Этимъ только что описаннымъ способомъ молоко «стерилизуется» все сразу; стерилизація же его въ отдѣльныхъ, уже разлитыхъ порціяхъ (бутылкахъ) производится при помощи извѣстнаго аппарата Сокслета. Для этого предназначенное на сутки количество молока разбавляется соответствующимъ ко-

---

развиться также и другіе микроорганизмы вслѣдствіе сохраненія его въ грязной посудѣ или мытья послѣдней нечистой водою, и эти микробы также могутъ вызвать у грудного ребенка тяжкое расстройство пищеваренія.

личествомъ воды или овсянки <sup>1)</sup> и разливается по бутылкамъ, послѣднія затѣмъ кипятятся въ водяной ваннѣ и сохраняются герметически закупоренными въ холодномъ мѣстѣ. Аппаратъ Сокслета (см. рис. 11) состоитъ изъ большой круглой металлической кастрюльки, большого измѣрительнаго цилиндра (мензурки), кружки съ двойнымъ дномъ и бутылочекъ. Послѣднія закупориваются при помощи резиновыхъ кружковъ, которыми закрываются горлышки бутылочекъ еще до варки; эти резиновые кружочки плотно присасываются къ горлышкамъ, благодаря давленію наружнаго воздуха, и являются

Рисунокъ XI.



Аппаратъ-стерилизаторъ проф. Сокслета для дѣтскаго молока.

въ то же самое время вѣрными показателями хорошаго состоянія содержимаго бутылочекъ. Какъ только молоко въ бутылочкахъ начинаетъ портиться, резиновые кружки тотчасъ же начинаютъ сильно выпячиваться наружу. Къ каждому аппарату прилагаются еще инструменты для его чистки (круглыя щетки и т. д.).

<sup>1)</sup> Овсяной и ячменный отвары должны быть настолько жидкими, чтобы свободно проходить черезъ тонкое сито. Въмѣсто овсяного и ячменнаго отваровъ можно также употреблять и рисовый отваръ.

Преимущество аппарата Сокслета состоитъ въ томъ, что послѣ стерилизаціи (варки), молоко находится уже въ бутылочкахъ и готово къ употребленію <sup>1)</sup>. Конечно, передъ кормленіемъ молоко слѣдуетъ (въ бутылкѣ же) согрѣвать до температуры, удобной для питія, приблизительно до 35° Цельсія (=28° Реомюра); для этого бутылку съ молокомъ вставляютъ въ согрѣвательную кружку (съ двойнымъ дномъ). Приготовленное такимъ образомъ молоко, при условіи полной чистоты всѣхъ принадлежностей аппарата, можетъ считаться свободнымъ отъ бактерій.

Какъ обращаться съ аппаратомъ Сокслета?

1) Молоко разбавляется водою въ большомъ стеклянномъ сосудѣ (измѣрительномъ цилиндрѣ или мензуркѣ, см. рис. 11). Для приготовленія этой смѣси служитъ большой измѣрительный цилиндръ, вмѣщающій въ себѣ 1½ литра и раздѣленный на 1/10 литра. Разбавленіе слѣдуетъ производить согласно вышеописаннымъ правиламъ.

2) Къ приготовленному такимъ образомъ разбавленному молоку прибавляется химически чистый молочный сахаръ, по крайней мѣрѣ 1 столовая ложка=15 граммъ на 1/2 литра смѣси.

3) Достаточное для питанія въ теченіе сутокъ количество молока (включая и нѣсколько запасныхъ бутылочекъ) дѣлятъ на разовыя порціи объемомъ въ 150—250 куб. сант., разливая молоко изъ общаго сосуда въ отдѣльныя бутылочки. Каждая бутылочка имѣетъ 10—15 дѣленій.

4) Наполненныя бутылочки вставляются въ подставку, и

---

<sup>1)</sup> Не приходится разливать стерилизованное уже молоко по бутылкамъ и тѣмъ дать возможность снова загрязнить его; для употребленія остается только снять съ бутылки закупоривающій резиновый кружочекъ и одѣть вмѣсто него резиновую соску. Этотъ аппаратъ продается во всѣхъ аптекахъ, цѣна его 5—6 руб.

на горлышко каждой бутылочки накладывается резиновый кружочек и металлическая капсюля или шапочка. Вся эта подставка съ бутылочками помѣщается въ кастрюльку-стерилизаторъ и въ послѣднюю наливаютъ столько воды, чтобы ея высота равнялась высотѣ молока въ бутылочкахъ.

5) Послѣ этого вода нагрѣвается на плитѣ или на спиртовой, керосиновой или газовой горѣлкѣ; когда она вскипитъ, кастрюльку оставляютъ на огнѣ еще въ теченіе 10 (самое большее 15) минутъ (продолжительная варка, какъ доказано, портитъ молоко).

6) Затѣмъ открывається крышка кастрюльки и, послѣ того какъ паръ немного разѣялся, подставка съ бутылками вынимается и тотчасъ же ставится въ прохладное мѣсто. Бутылочки закрываются герметически сами собою, вслѣдствіе давленія воздуха, и резиновые кружочки плотно вдавливаются внутрь (присасываются къ горлышку). Предохранительныя шапочки оставляются, однако, на бутылочкахъ до употребленія.

7) Передъ употребленіемъ бутылочка съ молокомъ вставляется въ согрѣвательную кружку и нагрѣвается (на спиртовой лампочкѣ) до температуры, подходящей для питья. Лучше всего медленно нагрѣвать находящуюся въ кружкѣ воду. Температура молока, годнаго для питья, должна равняться 35° Цельсія (=28° Реомюра).

8) Когда молоко достигло желаемой температуры (что можно контролировать прикосновеніемъ бутылки къ закрытому главному вѣку), бутылочка открывается, т. е. резиновый кружокъ снимается и на ея горлышко надѣвается соска. [Никогда не слѣдуетъ для опредѣленія температуры отпивать молоко прямо изъ горлышка бутылки, при этомъ можно загрязнить молоко находящимися въ полости рта микробами].

Для искусственнаго вскармливанія коровьимъ молокомъ необходимы слѣдующія условія:



1) Совершенно безупречное молоко (самое лучшее—смѣшанное молоко отъ здоровыхъ коровъ).

2) Стерилизація (кипяченіе) молока тотчасъ же послѣ его доставки.

3) Разбавленіе, вполнѣ соотвѣтствующее возрасту вскармливаемого ребенка.

4) Содержаніе въ полной чистотѣ бутылочекъ для молока, резиновыхъ кружковъ и сосокъ.

Весьма важно тотчасъ же послѣ питья наполнять пустыя бутылочки водою, чтобы предупредить засыханіе въ нихъ остатковъ молока. Эти бутылочки моются затѣмъ соленою водою при помощи круглой щеточки, выноласкиваются и ставятся въ подставку горлышкомъ внизъ (какъ изображено на рисункѣ 11). Прежде чѣмъ снова наполнить эти бутылочки молокомъ, ихъ необходимо еще разъ вынолоскать свѣжей отварной водою. Само собою понятно, что если ребенокъ оставляетъ въ бутылочкѣ недопитое молоко, то этотъ остатокъ слѣдуетъ выливать, но ни въ коемъ случаѣ не оставлять до слѣдующаго приѣма пищи.

Такъ же важно и содержаніе въ чистотѣ резиновыхъ кружковъ и сосокъ. Соски должны быть сдѣланы изъ лучшей черной резины. Послѣ употребленія онѣ очищаются отъ остатковъ молока и кладутся въ воду или, еще лучше, въ растворъ соды (1 чайн. л. на чайн. ст. воды), и хранятся такимъ образомъ. Еще дѣйствительнѣе—вываривать соски и бутылки одинъ разъ въ день, передъ употребленіемъ. Соски послѣ кормленія рекомендуется вывернуть наизнанку; онѣ могутъ сохраняться въ отварной водѣ или растворѣ поваренной соли. Новую соску готовятъ, прокалывая на ея верхушкѣ въ двухъ мѣстахъ дырочки раскаленною вязальною иглою. Полученное отверстіе должно быть такой величины, чтобы оно, при перевернутой вверхъ дномъ бутылочкѣ, выпускало

молоко только каплями. Не слѣдуетъ употреблять вмѣсто соски бывшую прежде въ ходу резиновую трубку или, такъ называемую, патентованную соску (стеклянная трубка съ резиновымъ наконечникомъ). Чѣмъ проще устроены соска и рожокъ, тѣмъ легче ихъ очищать и мыть.

При исполненіи всѣхъ этихъ требованій можно быть увѣреннымъ, что ребенку дается дѣйствительно стерильное (свободное отъ микробовъ) молоко. Многія дѣти могутъ хорошо расти и развиваться и при искусственномъ кормленіи, но слѣдуетъ всегда помнить, какія предосторожности необходимо соблюдать при этомъ способѣ питанія и какого рода ошибки возможны при немъ.

Невыгодной стороною искусственнаго кормленія является то обстоятельство, что составъ коровьяго молока отличается отъ женскаго, его приходится разбавлять; вслѣдствіе же этого разжиженія, ребенокъ при каждомъ приѣмѣ пищи получаетъ гораздо большее количество жидкости, чѣмъ при питаніи материнскимъ молокомъ.

Вслѣдствіе этого, почкамъ выпадаетъ гораздо бѣльшая работа, чѣмъ при естественномъ кормленіи. Поэтому рекомендуется разбавлять цѣльное молоко равнымъ ему количествомъ 6<sup>o</sup>/<sub>o</sub> раствора молочнаго сахара и 0,6<sup>o</sup>/<sub>o</sub> раствора поваренной соли; въ этой смѣси содержаніе бѣлка и сахару приблизительно равняется таковому же въ женскомъ молокѣ. Этотъ способъ очень простъ и практиченъ тѣмъ, что во все время кормленія молоко дается въ одинаковомъ разжиженіи. Вмѣсто молочнаго сахара можно прибавлять особый «питательный сахаръ» (Сокслета).

Въ этихъ же видахъ можно считать цѣлесообразнымъ смѣшанное кормленіе—молокомъ матери и искусственной пищей (иодкармливаніе). Смѣшанное вскармливаніе особенно рекомендуется тѣмъ матерямъ, у которыхъ мало молока или которыя

по своей профессіи не могутъ въ теченіе цѣлаго дня кормить ребенка грудью. Прибавленіе материнскаго молока дѣлаеть ребенка здоровѣе и выносливѣе и помогаетъ ему переваривать и искусственную пищу.

Рожковья дѣти нуждаются въ особенно тщательномъ уходѣ, и слѣдуетъ постоянно зорко слѣдить за ихъ вѣсомъ, общимъ видомъ и пищевареніемъ.

Для того чтобы получить хорошее, безупречное дѣтское молоко, необходимы также правильное кормленіе коровъ (по возможности сухой кормъ или свѣжая трава) и постоянный надзоръ за здоровьемъ коровъ при содѣйствіи ветеринарнаго врача.

Но даже и при соблюденіи всѣхъ правилъ чистоты, какъ по отношенію къ добыванію и сохраненію молока, такъ равно и къ приготовленію питательныхъ смѣсей, искусственнымъ питаніемъ можно повредить, вслѣдствіе другой причины, а именно: давая ребенку слишкомъ много пищи, то есть «перекармливая» его. Мы настойчиво предостерегаемъ нашихъ читателей отъ перекармливанія, ибо послѣднее всегда вызываетъ у ребенка разстройства пищеваренія, вредно вліяющія на его развитіе. О различномъ количествѣ пищи на пріемъ можно узнать изъ таблицы II (см. дополненіе). Тамъ указано приблизительно, какое количество пищи можетъ переносить дѣтскій желудокъ.

Особенно вредно, какъ уже упомянуто выше, подкармливаніе ребенка въ первые мѣсяцы его жизни кашкой изъ булочекъ и сухарей или другими содержащими крахмалъ мучнистыми кашками и супами. Этотъ родъ пищи можетъ усваиваться ребенкомъ лишь во второмъ полугодіи его жизни.

Существуетъ, наконецъ, еще большое количество различныхъ «суррогатовъ материнскаго молока» и «прибавленій» къ естественному питанію; фабриканты, конечно, восхваляютъ свои издѣлія и категорически утверждаютъ въ своихъ рекла-

махъ, что ихъ препараты «вполнѣ замѣняютъ собою материнское молоко». Въ послѣднее время нѣкоторыя фабрики разсылаютъ даже образцы своихъ издѣлій «для пробы». Единственное право назначать эти средства принадлежитъ лишь врачу, а потому мы считаемъ лишнимъ перечислять всѣ эти препараты. Но необходимо разъ навсегда запомнить, что никакое искусственное питаніе, никакой фабричный препаратъ, даже изъ числа самыхъ лучшихъ, не въ состояніи замѣнить ребенку его естественной пищи—материнскаго молока, которое представляетъ собою въ одно и то же время самое лучшее и самое дешевое питаніе.

## ДОПОЛНЕНИЕ.

### **Къ обязанностямъ сидѣлокъ причисляются еще:**

- 1) уходъ и наблюденіе за беременною женщиною въ послѣдній періодъ беременности;
- 2) при распознаваніи начала родовъ;
- 3) помощь во время самыхъ родовъ, которые ведетъ врачъ или акушерка.

Какъ я уже указалъ выше, уходъ за беременной и подача помощи при родахъ, строго говоря, не входятъ въ кругъ обязанностей сидѣлки по уходу за родильницей. Однако, не слѣдуетъ упускать изъ вида того обстоятельства, что сидѣлка въ отдѣльныхъ случаяхъ принуждена ухаживать также и за беременными и роженицами, конечно, не самостоятельно, но подъ наблюденіемъ врача. Въ состоятельныхъ семьяхъ существуетъ даже обычай, особенно если ожидаютъ первые роды молодой женщины, приглашать къ себѣ въ домъ сидѣлку заранѣе, въ послѣдніе мѣсяцы беременности, чтобы имѣть правильный уходъ.

Исходя изъ этой точки зрѣнія, сидѣлкѣ должны быть знакомы важнѣйшіе признаки, по которымъ можно узнать время наступленія родовъ, чтобы своевременно пригласить надлежащую помощь въ лицѣ опытной акушерки или врача.

1. Въ послѣдній періодъ беременности въ большей части случаевъ исчезаютъ всѣ тягостныя явленія, которыя обыкновенно сопровождаютъ начало беременности, такъ, напримеръ, тошнота, рвота по утрамъ, отвращеніе къ нѣкоторымъ кушаньямъ, обмороки. Зато въ послѣднія 4—5 недѣль беременности появляются другія разстройства. Какъ извѣстно изъ акушерской практики, при беременности чаще всего встрѣчается затылочное или темянное (черепное) положеніе плода и въ послѣдніе мѣсяцы беременности головка плода опускается въ область малаго таза; одновременно съ этимъ опускается ниже и весь животъ. Вслѣдствіе этого происходитъ давленіе головки плода на мочевой пузырь, отчего въ свою очередь, являются частые позывы къ мочеиспусканію и легкая, тянущая боль въ крестцѣ. Часто эти, похожія на схватки, боли называются «предварительными» схватками. Изъ числа другихъ разстройствъ, также вызванныхъ давленіемъ плода на большіе кровеносные сосуды, слѣдуетъ назвать опуханіе (отекъ) ногъ и расширеніе венъ (варикозные узлы) на ногахъ. Если замѣчаются лишь эти явленія, то облегченія можно достигнуть высокимъ положеніемъ ногъ или тугимъ бинтованіемъ ихъ. Въ случаѣ же, если по утрамъ замѣчается опуханіе поясицы, ногъ, при чемъ, нажимая пальцемъ на опухшія мѣста, мы видимъ остающуюся долгое время ямочку,—то это указываетъ, что причина кроется уже въ нарушеніи дѣятельности почекъ.

Если кишечникъ работаетъ вяло, что такъ часто встрѣчается у беременныхъ, необходимо установить регулярное опорожненіе кишекъ путемъ соответствующей діеты (фрукты) и движеній на свѣжемъ воздухѣ, въ крайнемъ случаѣ можно

также примѣнять клизмы. Но сидѣлка никогда не должна давать слабительнаго безъ предписанія врача!

Затѣмъ, въ послѣднемъ періодѣ беременности слѣдуетъ обратить вниманіе и на мочеиспусканіе; необходимо замѣчать количество, цвѣтъ и видъ мочи. Внезапное уменьшеніе количества выдѣляемой мочи указываетъ на заболѣваніе почекъ; если къ этому присоединяются еще головныя боли, то можно опасаться появленія припадковъ судорогъ мышечныхъ (эклампсиса),—весьма серьезное заболѣваніе и при родахъ и во время послѣродового періода. Судорожнымъ припадкамъ часто предшествуютъ извѣстные «предвѣстники заболѣванія» (головныя боли, тошнота, рвота). Въ такихъ случаяхъ необходимо немедленно пригласить врача. Сидѣлкѣ рекомендуется въ послѣднее время беременности почаще посылать мочу беременной для изслѣдованія, такъ какъ именно при заболѣваніи почекъ слѣдуетъ опасаться появленія судорожныхъ припадковъ.

2. Первые схватки или родовыя боли начинаются большею частью неожиданно и выражаются частыми тянущими болями въ крестцѣ. Жѣнщина при этомъ не въ состояніи держаться на ногахъ и принуждена бываетъ лечь. Схватки (то есть болѣзненные сокращенія матки, во время которыхъ животь всякій разъ дѣлается твердымъ) повторяются съ извѣстной правильностью, вначалѣ каждая четверть часа, затѣмъ болѣе часто. Къ нимъ присоединяются частые позывы на мочеиспусканіе и выдѣленіе изъ влагалища тягучей слизи, которая иногда становится кровянистою.

При появленіи всѣхъ этихъ признаковъ начала родовъ родильницу необходимо сейчасъ же уложить въ постель, и сидѣлка должна позаботиться о немедленномъ приглашеніи акушерки или врача. Сидѣлкѣ, конечно, невозможно брать на себя дальнѣйшее веденіе родовъ, ибо она не имѣетъ необходимыхъ къ тому знаній и подготовки. Особенно важно немедленно по-

звать врача или акушерку въ тѣхъ случаяхъ, когда неожиданно вытекають околоплодныя воды или кровь, затѣмъ, когда появляются «потуги» и, въ особенности, при наступленіи вышеописанныхъ судорожныхъ припадковъ (эклампси).

3. Если прибывшій врачъ или акушерка опредѣлили наступленіе родовъ, то слѣдуетъ тотчасъ же сдѣлать всѣ необходимыя приготовленія къ нимъ.

Прежде всего сидѣлка должна одѣть чистое платье изъ хорошо моющейся матеріи; рукава нужно засучить выше локтя, затѣмъ—поверхъ платья одѣть чистый, свѣжевыстиранный бѣлый передникъ обыкновеннаго покроя или въ видѣ халата съ рукавами. Затѣмъ сидѣлка должна продезинфицировать свои руки по локоть, согласно вышеописаннымъ наставленіямъ. Эту дезинфекцію слѣдуетъ повторять всякій разъ, какъ только она притронулась къ нечистымъ предметамъ.

Далѣе, приготовивши въ достаточномъ количествѣ теплую отварную воду, чистыя подстилки и свѣжее нагрѣтое постельное бѣлье, сидѣлка приступаетъ къ приготовленію постели для роженицы.

Комнату для родовъ слѣдуетъ выбрать по возможности большую и свѣтлую и предварительно старательно вымыть, почистить и убрать ее.

Кровать для роженицы нужно поставить такимъ образомъ, чтобы она была доступна съ обѣихъ сторонъ. Плотный матрацъ покрывается сперва большимъ кускомъ непромокаемой резиновой матеріи (величиною въ квадратный метръ = 1,4 аршина), а сверху кладутся сперва чистыя подстилки и затѣмъ чистая простыня. Одновременно съ этимъ сидѣлка должна приготовить для врача необходимые растворы дезинфекціонныхъ средствъ.

Кишечникъ роженицы долженъ быть очищенъ при помощи клизмы изъ мыльной воды. Предварительно тщательно

продезинфицировавъ еще разъ свои руки, сидѣлка основательно обмываетъ теплою водою съ мыломъ наружные половые органы, кожу живота до пупка и внутреннюю поверхность бедра роженицы; въ случаѣ необходимости нужно также остричь волосы на лобкѣ и затѣмъ обмыть это мѣсто прокипяченною водою или же, по предписанію врача, дезинфекціоннымъ растворомъ (такъ, напримѣръ, теплымъ растворомъ сулемы 1 : 2000). Обмываніе должно производиться большимъ кускомъ гигроскопической ваты, но отнюдь не губкой. Если возможно, роженица должна предварительно принять теплую мыльную ванну (33° до 35° Цельсія), послѣ чего она одѣваетъ свѣжее согрѣтое бѣлье (сорочку и ночную кофточку). Половые органы прикрываются кускомъ чистой сухой ваты. Сидѣлка никогда не должна прикасаться руками къ половымъ органамъ роженицы! Затѣмъ необходимо измѣрить температуру роженицы (это нужно сдѣлать до родовъ). Для врача, кромѣ необходимыхъ принадлежностей умыванія (2 чашекъ очень теплой воды, чашки съ виннымъ спиртомъ (алкоголемъ), 2 чашекъ съ растворомъ сулемы 1 : 1000) слѣдуетъ приготовить еще необходимые для него инструменты (вываренныя ручныя щеточки, кружку Эсмарха, сосудъ съ охлажденной отварной водою для сиринцеванія, чашечку съ прокипяченною водою для обмыванія глазокъ ребенка). Вату слѣдуетъ заготовить хорошо упакованною въ нѣсколькихъ полотняныхъ мѣшечкахъ или въ большомъ полотенцѣ.

Всѣ остальные распоряженія сдѣлаетъ врачъ.

Если роды наступили и быстро протекаютъ дальше, то сидѣлка уже при появленіи потугъ должна приготовить воду для купанья новорожденнаго и затѣмъ снова основательно продезинфицировать свои руки, чтобы быть готовой помогать врачу. Чашку со слабымъ растворомъ (1 : 2000) сулемы, вату, чашечку съ отварной водою и перевязку (тесемку) для пуповины



сидѣлка должна помѣстить на отдѣльномъ столикѣ у кровати роженицы такимъ образомъ, чтобы было удобно подавать это врачу. Если врачъ еще не явился, то необходимо сейчасъ же послать за нимъ или пригласить акушерку. Если ребенокъ родился очень быстро (до прибытія врача или акушерки), то сидѣлка должна принять ребенка и тотчасъ же обмыть ему глазки и носикъ ватой, смоченною въ прокипяченной водѣ. Ребенокъ кладется у наружныхъ половыхъ частей роженицы (между ея ногъ). Съ этого момента родильница должна лежать все время спокойно на спинѣ. Пуповину у здороваго, родившагося живымъ ребенка перерѣзываютъ не сразу, но лишь тогда, когда въ пупочномъ канатикѣ совершенно прекратится біеніе пупочныхъ артерій (пульсація); это происходитъ обыкновенно спустя 3—5 минутъ послѣ появленія ребенка на свѣтъ Божій. Перерѣзать пуповину долженъ врачъ или акушерка, и лишь въ исключительныхъ случаяхъ, съ согласія врача, это можетъ сдѣлать сидѣлка, при чемъ она должна поступить слѣдующимъ образомъ:

Вынувъ обезжелезную предварительно шелковинку (лигатуру) изъ металлической коробочки, сидѣлка завязываетъ пуповину петлею на разстояніи приблизительно 2-хъ пальцевъ отъ пупка младенца и туго затягиваетъ узелокъ (при очень толстыхъ пуповинахъ нужно завязать еще второй узелокъ). На такомъ же разстояніи отъ этого узла дѣлается съ помощью другой тесемки вторая перевязка двумя узелками. Затѣмъ, поддерживая пуповину ладонью лѣвой руки, осторожно перерѣзаютъ ее между обѣими перевязками стерилизованными заранѣе ножницами.

Обѣ перевязки слѣдуетъ сдѣлать очень старательно и аккуратно; первая перевязка (у пупка ребенка) имѣетъ цѣлю предупредить кровотеченіе изъ пупочнаго остатка; вторая же препятствуетъ кровотеченію изъ дѣтскаго мѣста (плаценты),

благодаря чему послѣднее, наполненное кровью, остается упругимъ и легче отдѣляется отъ стѣнки матки. Новорожденного ребенка завертываютъ въ нагрѣтую пеленку и кладутъ въ стору. Если операцію перерѣзки пуповины производила сидѣлка, то она должна показать врачу перевязанную пуповину до и послѣ ванны, чтобы послѣдній могъ убѣдиться, что все въ порядкѣ.

Въ это же время слѣдуетъ обсушить и приготовить постель родильницы. Вынимаютъ изъ-подъ нея подстилки, пропитанныя и смоченныя кровью и околоплодною жидкостью, а половыя части прикрываютъ чистымъ кускомъ ваты, для того чтобы видѣть, какое количество крови вытекло у родильницы. Необходимо тщательно избѣгать прикосновенія пальцами къ половымъ органамъ родильницы. Періодъ выхожденія послѣда долженъ происходить подъ наблюденіемъ врача или акушерки. Если послѣдъ быстро отдѣляется и выходитъ самъ собою, то сидѣлка должна его поднять и показать врачу. Далѣе, если состояніе и самочувствіе родильницы удовлетворительно, сидѣлка должна заняться новорожденнымъ.

Младенца прежде всего слѣдуетъ выкупать. Купаніе его можно производить въ дѣтской ванночкѣ или же въ большемъ тазу. Температура воды, измѣренная ваннымъ термометромъ, должна равняться  $35^{\circ}$  Цельсія ( $=28^{\circ}$  Реомюра). Было бы весьма безопасно и неразумно надѣяться на пробу температуры воды своей рукою. Съ помощью клочка ваты нужно осторожно обмыть головку и туловище ребенка водою съ нейтральнымъ мыломъ. Вода ванны не должна заливаться и проникать въ уши и глазки младенца. Глазки слѣдуетъ обмыть отдѣльно кускомъ ваты, смоченнымъ въ чистой отварной водѣ. Затѣмъ ребенка обтираютъ и обсушиваютъ полотенцемъ и смазываютъ всѣ складки кожи чистымъ жиромъ (вазелинъ). Необходимо также внимательно осмотрѣть ребенка; нѣтъ ли у него какихъ-

нибудь врожденныхъ уродствъ или «пороковъ развитія» (такъ, на примѣръ, зараженія заднепроходнаго отверстія и мочеиспускательнаго канала—мѣсть, нормально имѣющихъ природныя запирающія мышцы).

Затѣмъ слѣдуетъ наложить ребенку пупочную повязку (бинтъ). При этомъ очень важное значеніе имѣетъ безусловная чистота обезпложеннаго (асептическаго) перевязочнаго матеріала. Прежде всего сидѣлка должна еще разъ туго затянуть пупочную лигатуру и сдѣлать двойной крѣпкій узелокъ, чтобы предотвратить могущее повториться кровотеченіе изъ пунка; остатокъ пуповины нужно завернуть въ чистую (вываренную) полотняную тряпочку или кусочекъ стерилизованной бѣлой марли и клочокъ ваты, повернуть его на лѣвую сторону и укрѣпить его такимъ образомъ посредствомъ перевязаннаго поперекъ живота пупочнаго бинта или бандажа, ширина котораго равняется приблизительно 4 пальцамъ. Этотъ пупочный бандажъ застегивается на концахъ пуговицами или же прикалывается англійской (безопасною) булавкою (но отнюдь не обыкновенною).

Примѣнявшееся ранѣе напудриваніе пунка такъ же недопустимо, какъ и смазываніе его вазелиномъ, или, еще хуже, сомнительнаго качества жиромъ, такъ какъ вслѣдствіе этого можетъ легко возникнуть зараженіе пунка. Лишь по спеціальному предписанію врача можно употреблять и присыпку. Съ другой стороны никогда не слѣдуетъ примѣнять антисептическихъ средствъ (кромѣ алкоголя), на примѣръ, лизоля, карболовой кислоты или сугумы, что было уже упомянуто выше.

Пупочная повязка должна быть проста и непремѣнно асептична. Этимъ предупреждается 1) зараженіе и воспаленіе пунка, и 2) кровотеченіе изъ пунка.

Затѣмъ ребенка одѣваютъ по возможности просто, не слишкомъ тепло и въ свободное платье: ему одѣваютъ руба-

печку (распашонку), которая, точно такъ же какъ и кофточка, застегивается сзади, и кладутъ въ треугольную пеленку, одинъ уголь которой подвергивается между ножками впередъ къверху. Смотря по обычаю, ребенка или пеленають сухимъ, шерстянымъ, широкимъ свивальникомъ (не слишкомъ туго! ручки оставить свободными!) или же кладутъ его въ конвертикъ, какъ описано выше. Затѣмъ новорожденного укладываютъ въ кроватку на бокъ. Въ родовспомогательныхъ заведеніяхъ и пріютахъ, а также и въ частной практикѣ теперь всюду вошло въ обыкновеніе впускать ребенку въ глазки тотчасъ же послѣ рожденія по одной каплѣ одно-или двухъ-процентнаго раствора азотнокислаго серебра (ляписа), чтобы предупредить заразительное воспаленіе глазъ.

Послѣ того какъ отдѣлился и вышелъ послѣдъ, родильницу необходимо еще разъ почистить и положить въ сухое бѣлье. Скопившаяся на половыхъ частяхъ свернувшаяся кровь удаляется, и наружные половые органы основательно обмываются прокипяченною водою; приставшая кровь удаляется при помощи ваты. Половые органы прикрываются кускомъ ваты. Колѣна слѣдуетъ сдвинуть, по возможности, ближе. У неспокойныхъ женщинъ приходится связать полотенцемъ ноги вмѣстѣ, повыше колѣнъ. Только что разрѣшившуюся отъ бремени родильницу необходимо сейчасъ же тепло укрыть, и съ этого времени родильница должна въ продолженіе 3—4 дней лежать постоянно на спинѣ. Животъ нужно забинтовать болѣе или менѣе туго, смотря по совѣту врача. Послѣ окончанія родовъ слѣдуетъ сосчитать у родильницы число ударовъ пульса и точно измѣрить температуру; о всѣхъ остальныхъ мѣропріятіяхъ указано выше, при описаніи ухода за здоровой родильницей.

## Предметы, необходимые для сидѣлки (инструментарій).

Для ухода за родильницей и новорожденнымъ каждая сидѣлка должна имѣть слѣдующіе предметы:

1) Длинный бѣлый, моющійся передникъ, покрывающій собою все туловище и руки (халать); кромѣ того еще нѣсколько бѣлыхъ обыкновенныхъ передниковъ (фартуковъ).

2) Измѣрительный цилиндръ (мензурку) для приготовления растворовъ дезинфекціонныхъ средствъ.

3) Жестяную коробку (футляръ) съ тремя ручными щетками: одну для воды съ мыломъ, двѣ другихъ съ помѣтками для алкоголя и сурьмы.

4) Желѣзную эмалированную Эсмарховскую кружку, вместимостью въ 1 литръ, и къ ней: 1) красную резиновую трубку со стекляннымъ маточнымъ наконечникомъ для обмываній и сринцованій, 2) черную резиновую трубку съ краномъ, и наконечникъ для клистировъ.

5) Жестяную коробочку для мыла.

6) Ногтечистку; ножницы для ногтей.

7) Большой, изогнутый въ формѣ французской буквы «S» катетеръ изъ новаго серебра или изъ стекла и катетеръ изъ мягкой резины (катетеръ Нелатона).

8) Ваннйй термометръ.

9) Максимальный термометръ для измѣренія температуры тѣла съ дѣленіями въ  $\frac{1}{10}$  градуса по Цельсію.

10) Металлическій футляръ или стеклянную баночку съ обезпложенною полотняною тесьмою, шириною  $\frac{1}{2}$  сантиметра, для завязыванія пуповины.

11) Жестяную коробку, содержащую около 12 обезпложенныхъ (стерилизованныхъ) кусковъ марли для пупочныхъ компрессовъ.

12) Пинцетъ или щипцы съ широкими кончиками.

13) Дѣтскій клистирчикъ, состоящій изъ резинового шарика и наконечника для клизмъ.

14) Грудной насосъ для отсасыванія молока и колпачокъ для грудного соска.

15) Вазелинъ въ металлической трубчкѣ.

Начиная уходъ за родильницей, сидѣлка должна попросить врача прописать ей всѣ необходимыя дезинфекціонныя средства, чтобы имѣть ихъ наготовѣ для родовъ и для послѣродового періода. Она несетъ на себѣ и всю отвѣтственность за тщательное сохраненіе всѣхъ этихъ (большую частью ядовитыхъ) дезинфекціонныхъ средствъ, въ особенности же опасныхъ сулемовыхъ лепешекъ.

Сидѣлка должна также позаботиться о томъ, чтобы приготовить достаточный запасъ обезпложенной гигроскопической ваты, необходимой для родовъ и послѣродового періода; кромѣ того нужно приготовить плоское подкладное судно для обмываній и 2 чашечки для промыванія глазъ и пупка.

Также слѣдуетъ позаботиться о подкладкахъ для родильницы; — покупать ихъ лучше всего стерилизованными.

Сидѣлкѣ рекомендуется еще до родовъ простерилизовать въ отдѣльномъ специальномъ аппаратѣ (стерилизаторѣ) весь запасъ бѣлья (полотенца, простыни, подстилки, вату, передники).

## ЧАСТЬ ВТОРАЯ.

### ГЛАВА I.

#### **Важнѣйшія заболѣванія въ послѣродовомъ періодѣ.**

Самое важное и самое опасное заболѣваніе послѣродового періода—это, безспорно, родильная горячка. Какъ уже было указано выше, эта болѣзнь чаще всего возникаетъ вслѣдствіе зараженія. Зараза можетъ проникнуть въ образовавшіяся во время родовъ маленькія ранки и ссадины посредствомъ приходящихъ въ соприкосновеніе съ ними предметовъ; зараженіе происходитъ чаще всего во время родовъ, но можетъ произойти и во время послѣродового періода. Выше было указано, какъ можно, при строгомъ соблюденіи всѣхъ предупреждающихъ мѣръ, избѣгнуть заболѣванія родильною горячкою. Несмотря на это, среди населенія замѣчается очень много заболѣваній родильной горячкою со смертельнымъ исходомъ, между тѣмъ какъ въ хорошо устроенныхъ родовспомогательныхъ заведеніяхъ такія заболѣванія годъ отъ году становятся рѣже. Это и служитъ несомнѣннымъ доказательствомъ того, что, повидимому, въ частной практикѣ недостаточно соблюдаются мѣры предохранительной дезинфекціи.

На ряду съ этою опасною болѣзью у родильницы могутъ возникнуть и другія заболѣванія. Здѣсь прежде всего слѣдуетъ указать на кровотеченія; затѣмъ на разстройства отправленій мочевого аппарата и кишечника и, наконецъ, на болѣзни грудей (молочныхъ железъ).

При каждомъ заболѣваніи родильницы слѣдуетъ пригласить врача,—но предвѣстники и главные симптомы этихъ заболѣваній должны быть извѣстны также и сидѣлкѣ, чтобы она могла по возможности раньше пригласить врача.

1. *Родильная горячка.* Вопросъ, откуда происходитъ эта въ высшей степени опасная болѣзнь, былъ уже разобранъ нами выше. Въ настоящее время намъ извѣстно, что эта болѣзнь возникаетъ вслѣдствіе зараженія извнѣ и преимущественно во время родовъ, при чемъ въ кровь родильницы попадаютъ болѣзнетворныя бактеріи (гнойные возбудители), дающіе «септическое зараженіе» — такъ что здѣсь мы имѣемъ дѣло съ зараженіемъ ранъ. Теперь, къ счастью, уже разсѣялось господствовавшее раньше въ публикѣ ложное мнѣніе, будто эта болѣзнь можетъ возникнуть вслѣдствіе простуды, или застоя молока. Какъ намъ уже извѣстно изъ ученія о дезинфекціи, достаточно самага незначительнаго количества возбудителей заразы, чтобы произвести въ организмѣ человѣка гибельныя послѣдствія.

Исходнымъ пунктомъ заболѣванія очень часто бываютъ маленькія пораненія и ссадины на половыхъ органахъ, образующіяся при каждыхъ родахъ; разрывы промежности и пораненія влагалища могутъ также повести къ заболѣванію родильной горячкой. Слѣдуетъ замѣтить, что эта болѣзнь можетъ возникнуть вслѣдствіе соприкосновенія наружныхъ половыхъ органовъ съ нечистыми предметами еще во время беременности, незадолго до родовъ (такъ, напримѣръ, при подмываніи грязной губкой! Вслѣдствіе нечистаго постельнаго бѣлья при родахъ). Предупредить зараженіе родильной горячкой возможно только тщательнымъ соблюденіемъ всѣхъ предписаній дезинфекціи какъ во время самыхъ родовъ, такъ и во время послѣродового періода; въ случаѣ же появленія этой болѣзни слѣдуетъ помѣшать распространенію заразы на другихъ родиль-



ницъ; поэтому, ни акушерка, ни сидѣлка, пациентка которыхъ заболѣла родильной горячкой, не имѣютъ права брать на себя помощь при другихъ родахъ до тѣхъ поръ, пока не продезинфицируютъ основательно свое тѣло, платье и все инструменты.

Весьма важно для сидѣлки распознаваніе первыхъ признаковъ происшедшаго зараженія, то есть первыхъ симптомовъ родильной горячки.

Единственнымъ вѣрнымъ способомъ узнать, здорова ли родильница или больна, служить измѣреніе температуры и наблюденіе пульса, ибо при зараженіи *температура тѣла повышена* (у больной лихорадка), *пульсъ учащенъ*. Затѣмъ, слѣдуетъ обратить вниманіе на

1. *Общее состояніе* или самочувствіе больной (Наблюденіе явленій, обыкновенно сопровождающихъ лихорадку: на примѣръ, началась ли болѣзнь потрясающимъ ознобомъ или безъ него? Находится ли больная въ сознательномъ или безсознательномъ состояніи? и т. д.).

2. *Видъ послеродовыхъ выдѣленій* (лохий) (Зловонны ли они или нѣтъ? Выдѣляются ли въ большомъ или маломъ количествѣ).

3. *Состояніе матки* (Чувствительна ли она при давленіи и ощупываніи черезъ брюшные покровы или нѣтъ?).

4. *Состояніе брюшныхъ покрововъ* (Ощущается ли боль во время прикосновенія къ нимъ? Вздуть ли животъ?)

5. *Состояніе грудей* (Болѣзненны ли онѣ при ощупываніи и замѣтно ли на нихъ покрасненіе кожи?).

6. *Состояніе наружныхъ половыхъ органовъ и ранъ, находящихся на промежности и у входа во влагалище* (Припухли ли онѣ? Замѣтенъ ли на нихъ налетъ, насколько это видно простымъ глазомъ?).

Если у родильницы появляются подобные подозрительные признаки, необходимо немедленно пригласить врача. Чѣмъ

раньше послѣдній приступить къ леченію болѣзни, тѣмъ болѣе можно рассчитывать на успѣхъ. Обыкновенно болѣзнь начинается и развивается въ маткѣ и отсюда быстро распространяется по лимфатическимъ сосудамъ на сосѣднія съ нею области, на брюшину или же на рыхлую соединительную ткань между широкими маточными связками. Зараза можетъ распространиться также и отъ мѣста прикрѣпленія плаценты (дѣтскаго мѣста) и попасть въ большія вены, — непосредственно проникнуть въ кругъ кровообращенія. Болѣзнь развивается или на одномъ мѣстѣ—въ окружности зараженія, или же она быстро распространяется дальше, такъ что пораженными оказываются самыя отдаленныя отъ исходной точки части организма. Поэтому мы различаемъ форму мѣстнаго, ограниченнаго зараженія и форму общаго зараженія. Въ первомъ случаѣ дѣло идетъ о воспаленіи родильнаго канала. При воспаленіи слизистой оболочки матки являются дурно-пахнуція (зловонныя) выдѣленія. Если воспалена стѣнка матки, то матка дѣлается очень чувствительной къ прикосновенію (нажатію). Если чувствительность замѣчается также по обѣимъ сторонамъ матки, то это означаетъ, что воспалены также и широкія маточныя связки.

Въ самыхъ опасныхъ случаяхъ ядъ проникаетъ въ сосѣдную съ маткой область брюшины; къ воспаленію матки присоединяется, такимъ образомъ, воспаленіе брюшины. Кишечникъ вздувается, животъ увеличивается въ объемъ и болѣзненъ даже при незначительномъ къ нему прикосновенію, начинается отрыжка, появляется рвота; грудобрюшная преграда (діафрагма) отгнѣсняется кверху, дыханіе ускоряется и — можетъ наступить параличъ дѣятельности сердца.

Въ другихъ случаяхъ ядъ распространяется по кровеносной и лимфатической системамъ, не вызывая опредѣленныхъ мѣстныхъ явленій. Вскорѣ, однако, появляется общее разстрой-

ство съ преждевременнымъ упадкомъ силъ (колянсь); при этомъ налицо признаки самаго тяжкаго зараженія крови («септическое» зараженіе): слабый пульсъ, обложенный языкъ, повышенная температура, полубезсознательное или совершенно безсознательное состояніе. Ядъ заразы по мѣрѣ распространенія по тѣлу вызываетъ потрясающіе ознобы, повторяющіеся много разъ (гнойная лихорадка). Иногда происходитъ заносъ заразы и образованіе гнойныхъ нарывовъ даже въ самыхъ отдаленнѣйшихъ отъ мѣста зараженія областяхъ (напримѣръ скопленіе гноя въ суставахъ, грудной плѣврѣ, въ легкихъ, даже въ глазу). Это тяжелое заболѣваніе, которое почти всегда ведетъ къ смерти, обыкновенно начинается сильнымъ потрясающимъ ознобомъ въ первые дни и одновременно съ этимъ высоко поднимается температура. Вмѣстѣ съ тѣмъ сильно учащается и пульсъ. Затѣмъ появляются головная боль, жажда, отсутствіе аппетита, большое безпокойство, бессонница, иногда болѣзненность живота.

Какъ только сидѣлка замѣтила признаки мѣстнаго или общаго зараженія крови, другими словами, какъ только у родильницы повысилась температура — слѣдуетъ немедленно послать за врачомъ.

Среди другихъ разстройствъ послѣродоваго періода нужно прежде всего упомянуть о кровотеченіяхъ. Послѣродовыя выдѣленія (лохіи) могутъ вначалѣ долгое время оставаться кровянистыми, или же примѣсь къ нимъ крови можетъ снова появиться послѣ перваго вставанія съ постели, если родильница покинула постель слишкомъ рано. Эти повторныя кровотеченія вызываются недостаточно энергичнымъ сокращеніемъ матки при ея обратномъ развитіи, вслѣдствіе общей физической слабости.

Гораздо опаснѣе сильныя кровотеченія, внезапно появляющіяся во время послѣродоваго періода. Они исходятъ почти

всегда изъ мѣста прикрѣпленія послѣда и обусловливаются внезапнымъ отторженіемъ закупоривающихъ кровеносные сосуды — послѣ отдѣленія послѣда — кровяныхъ сгустковъ (тромбовъ); это обыкновенно происходитъ вслѣдствіе неловкихъ движеній, сильныхъ потугъ при опороженіи кишечника (дефекаціи), слишкомъ ранняго вставанія съ постели, вообще при нерациональномъ поведеніи родильницы. Еще чаще кровотеченія обусловливаются задержкою въ маткѣ остатковъ послѣда (плаценты).

Упорная, и внезапно наступающія кровотечения требуютъ всегда немедленной помощи врача. Сидѣлка же до прибытія врача должна позаботиться и принять мѣры къ предупрежденію обморочнаго состоянія, какъ-то: низкое положеніе головы, энергичныя средства для усиленія сердечной дѣятельности (гофманскія капли въ водѣ, вино, кофе), абсолютный покой и ледъ на нижнюю часть живота.

Послѣродовыя выдѣленія или лохіи при задержкѣ въ маткѣ яичевыхъ оболочекъ или части дѣтскаго мѣста (плаценты) иногда имѣютъ вонючій гнилой запахъ; въ большей части случаевъ лохіи при этомъ также окрашены кровью. Здѣсь всегда необходима врачебная помощь, ибо это тревожный признакъ. Нужно всегда помнить, что дурно пахнуція (зловонныя) выдѣленія могутъ быть признакомъ родильной горячки и поэтому сидѣлка въ этомъ случаѣ должна особенно часто и тщательно измѣрять температуру. Необходимо, по возможности, избѣгать прикосновенія къ выдѣленіямъ (содержащимъ болѣзнетворныя микробы) и постоянно тщательно дезинфицировать свои руки.

Болѣзненные послѣродовыя схватки часто наступаютъ въ первые дни послѣ быстро протекшихъ родовъ, особенно у многогрожавшихъ; онѣ появляются періодически и не сопровождаются новышеніемъ температуры. Если же при этомъ замѣчается

также и повышение температуры (лихорадка) то, по всей вѣроятности, началось уже воспаленіе матки. Въ такихъ случаяхъ, какъ и вообще при лихорадкѣ въ послѣродовомъ періодѣ, слѣдуетъ немедленно пригласить врача.

Опуханіе дѣтородныхъ губъ можетъ быть обусловлено давленіемъ на нихъ во время родовъ. Оно обыкновенно скоро проходитъ само собою. Если же опухоль появляется лишь спустя нѣсколько дней послѣ родовъ, то это уже большею частью является признакомъ воспаленія; тогда требуется тщательно измѣрять температуру и пригласить врача! При болѣзненныхъ послѣродовыхъ схваткахъ (если нѣтъ повышенной температуры), сидѣлка должна примѣнять теплые компрессы и позаботиться опорожнить кишечникъ родильницы.

### 3) *Заболѣванія внѣ половой сферы.*

Здѣсь наиболѣе частымъ заболѣваніемъ въ послѣродовомъ періодѣ является задержаніе мочи. Эту болѣзнь мы уже разсматривали выше, при описаніи ухода за родильницею. Въ большинствѣ случаевъ такое задержаніе мочи продолжается всего лишь одинъ—два дня. Въ это время надъ лоннымъ бугоркомъ можно ощущать мягкую опухоль (перенолненный мочевой пузырь), которая находится немного выше матки. Въ такихъ случаяхъ мочевой пузырь можно опорожнить посредствомъ катетера. Какъ уже говорилось ранѣе, при катетеризаціи необходимо соблюдать всѣ предосторожности и предписанія антисептики. Вслѣдствіе неопытнаго введенія катетера можетъ образоваться катарръ или воспаленіе пузыря. Это заболѣваніе проявляется болѣзненнымъ жженіемъ при мочеиспусканіи, частыми и сильными позывами къ мочеиспусканію и помутнѣніемъ мочи; если моча остается въ сосудѣ спокойно нѣкоторое время, то въ ней появляется густой, большею частью бѣловатый, гнойный осадокъ. Острый катарръ мочевого пузыря можетъ легко принять хроническую форму и распространиться

кверху (на мочеточники, почки), и поэтому требует немедленной врачебной помощи.

Въ противоположность задержанію мочи у родильницъ иногда является непроизвольное выдѣленіе или недержание мочи. Это заболѣваніе зависитъ отъ ослабленія шейки мочевого пузыря и встрѣчается большею частью у очень слабыхъ женщинъ, перенесшихъ продолжительные роды, при которыхъ всѣ мягкія части живота были долгое время сдавлены. При чиханьи, кашлѣ или усиленныхъ движеніяхъ у нихъ непроизвольно вытекаетъ немного мочи; большею частью это состояніе продолжается не дольше одной недѣли послѣ родовъ.

Несравненно болѣе тягостно непроизвольное истеченіе мочи неестественнымъ путемъ, черезъ влагалище; здѣсь, такъ же какъ и при вышеописанномъ обыкновенномъ недержаніи мочи, необходима врачебная помощь. Послѣ тяжелыхъ, долго тянувшихся родовъ, вслѣдствіе продолжительнаго и сильнаго давленія головки плода на переднюю стѣнку влагалища, послѣдняя омертвѣваетъ и часть ея, наиболѣе подвергшаяся давленію, разрушается. Смотря по мѣсту такого разрушенія является *фистула (отверстіе) мочевого пузыря и влагалища* или же *фистула мочеиспускательнаго канала и влагалища*. При этомъ въ первые дни время отъ времени черезъ мочеиспускательный каналъ выходитъ кровянисто-бурая моча, спустя же нѣсколько дней она начинаетъ постоянно и непроизвольно вытекать черезъ фистулу и влагалище. Помочь можно только посредствомъ хирургической операціи, спустя нѣсколько недѣль послѣ родовъ.

*Дѣятельность кишечника* въ послѣродовомъ періодѣ нарушается, прежде всего, обычными запорами. Боротся съ ними можно лишь при помощи цѣлесообразной діеты и промывательныхъ (клизмъ). Если до 4-го дня послѣ родовъ еще не произошло опорожненіе кишечника, то можно дать 1 столовую

ложку кастороваго масла. Если же оно не подѣйствовало, то нужно примѣнить клизму. Боли во время стула обусловливаются большею частью венозными узлами въ заднемъ проходѣ (геморроидальными шишками). Непроизвольная дефекація (выдѣленіе испражненій) можетъ быть или слѣдствіемъ глубокаго (полнаго) разрыва промежности до прямой кишки или же фистулой прямой кишки и влагалища; въ послѣднемъ случаѣ калъ выдѣляется изъ влагалища.

Поносы часто вызываются ошибками въ діетѣ (питье холодной воды!) и врачъ можетъ легко бороться съ этими разстройствами. Если же поносы сопровождаются повышеніемъ температуры (лихорадкой), и испражненія происходятъ произвольно (какъ при родильной горячкѣ), то это всегда служитъ въ высшей степени неблагопріятнымъ признакомъ.

Родильница очень склонна къ простуднымъ заболѣваніямъ, что объясняется обильнымъ выдѣленіемъ пота. Поэтому слѣдуетъ, при провѣтриваніи комнатъ, всячески избѣгать сквозняковъ. Увеличенному потоотдѣленію можно приписать также и образованіе потовой сыпи или краснухи, — мельчайшихъ, красныхъ, сильно зудящихъ пузырьковъ, не представляющихъ, впрочемъ, никакой серьезной опасности.

#### 4) *Заболѣванія молочныхъ (грудныхъ) железъ.*

Въ особенно заботливомъ уходѣ во время родильнаго періода нуждаются молочныя железы. Маленькія ссадины, трещины кожи, которыя появляются на нѣжной кожицѣ сосковъ, вслѣдствіе неловкаго захватыванія ихъ ротикомъ ребенка, заслуживаютъ особеннаго вниманія и леченія. Еще во время беременности слѣдуетъ начать уходъ за грудями, стараясь обмываніемъ водкой, холодной водой закалить и сдѣлать болѣе грубой кожу сосковъ, и тѣмъ самымъ предупредить образованіе трещинъ; явившіяся уже трещины нужно прежде всего содержать въ безукоризненной чистотѣ. Леченіе ихъ необходимо

предоставить врачу, ибо эти трещины могут иногда повести къ упорному, долго продолжающемуся гнойному воспаленію молочныхъ железъ. Весьма цѣлесообразно прикладывать маленькіе компрессы, смоченные растворомъ борной кислоты (3 — 4<sup>o</sup>/о); ихъ слѣдуетъ мѣнять черезъ каждые четверть часа, или же покрывать трещины, предварительно ихъ очистивъ разбавленнымъ спиртомъ (водкой), кусочкомъ марли, намазаннымъ ланолиномъ или глицериномъ. Лучше всего охранять сосокъ, покрывая его груднымъ колпачкомъ; тогда трещины обыкновенно заживаютъ гораздо быстрее. Грудной колпачокъ уменьшаетъ также боли, причиняемыя при кормленіи сосаніемъ ребенка. Конечно, кормленіе ребенка при помощи этого колпачка требуетъ большого терпѣнія. Если трещины упорно не заживаютъ, приходится иногда вслѣдствіе этого отнять ребенка отъ груди.

Если не обратить должнаго вниманія на трещины сосковъ, то въ нихъ легко могутъ проникнуть болѣзненные зародыши (гноеродные бактеріи), и тогда въ нѣсколько дней образуется воспаленіе грудныхъ железъ. Стало бытъ, эта болѣзнь возникаетъ также вслѣдствіе загрязненія, вѣрнѣе сказать, зараженія. И это заболѣваніе весьма легко предотвратить соблюденіемъ перечисленныхъ предосторожностей при кормленіи грудью (чистота пальцевъ кормящей матери!, сидѣлки! Опрятное содержаніе грудного соска). Воспаленіе возникаетъ обыкновенно въ концѣ первой или началѣ второй недѣли послѣ родовъ и проявляется потрясающимъ ознобомъ, лихорадкой, болѣзненностью, напряженіемъ и покраснѣніемъ больной груди. Въ болѣе поздней стадіи воспаленія образуется нагноеніе. Во всякомъ случаѣ, какъ при начинающемся, такъ въ особенности при гнойномъ воспаленіи грудныхъ железъ слѣдуетъ обратиться къ помощи врача. Посредствомъ прикладыванія холодныхъ компрессовъ иногда удается предотвратить воспаленіе грудей; если



же образовался гнойникъ, то излеченіе скорѣе и вѣрнѣе всего достигается путемъ хирургическаго вмѣшательства. При воспаленіи молочной железы необходимо немедленно прекратить кормленіе ребенка больною грудью. Нужно энергично бороться съ существующимъ въ народѣ мнѣніемъ, будто воспаленіе грудей можно вылечить компрессами изъ кашекъ и вытяжными пластырями. Вопросъ о томъ, слѣдуетъ ли примѣнять размягчающіе, теплые компрессы, или наоборотъ — ледъ, холодные компрессы, можетъ разрѣшить лишь врачъ. Если гной выдѣлился наружу, пробившись черезъ кожу или послѣ оперативнаго вскрытія ножомъ, то сидѣлка при перевязкѣ должна быть особенно осторожна и должна дезинфицировать руки до и послѣ перевязки.

*Опуханіе (наирубаніе) грудей* у некормящихъ обыкновенно не требуетъ никакого особеннаго леченія; благодаря высокому подвязыванію и бинтованію грудей, умеренной діетѣ и легкимъ слабительнымъ, это болѣзненное напряженіе обыкновенно исчезаетъ уже черезъ нѣсколько дней само собою.

Подъ именемъ «*млекоотеченія*» понимаютъ непрерывно продолжающееся выдѣленіе молока изъ грудныхъ сосковъ. Здѣсь сидѣлка должна позаботиться о постоянныхъ всасывающихъ подкладкахъ — компрессикахъ на груди. Это страданіе можно облегчить ограниченіемъ пріема жидкой пищи и регулярнымъ опорожненіемъ кишечника. Такъ какъ это состояніе, продолжающееся нерѣдко даже и послѣ отнятія ребенка отъ груди, можетъ повести къ значительному ослабленію организма женщины, то слѣдуетъ, по возможности своевременно, обратитъ къ врачебной помощи.

## ГЛАВА II.

**Важнѣйшія заболѣванія новорожденнаго въ пер-  
выя недѣли его жизни.**

*I. Разстройства, возникающія во время родовъ или тотчасъ же по рожденіи.*

Среди разстройствъ, возникающихъ непосредственно послѣ родовъ, прежде всего слѣдуетъ указать на мнимую смерть (асфиксію). Этимъ именемъ обозначаютъ такое состояніе новорожденнаго младенца, при которомъ дыханіе у него или совсѣмъ не появляется или же происходитъ очень поверхностно; всѣ члены его обыкновенно остаются расслабленными и неподвижными, хотя дѣятельность сердца еще ощущается, короче говоря — у ребенка отсутствуютъ признаки жизни, онъ «кажется» мертвымъ. Ребенокъ подвергается опасности задушенія, и это состояніе обыкновенно возникаетъ во время самыхъ родовъ, какъ слѣдствіе слишкомъ долго продолжавшихся родовъ съ преждевременнымъ истеченіемъ околоплодныхъ водъ.

Врачъ, такъ же какъ и акушерка, могутъ уже во время родовъ опредѣлить это опасное состояніе, такъ какъ бѣненіе сердца плода, находящагося еще въ утробѣ матери (которое обыкновенно можно прослушать черезъ стѣнку живота) въ такихъ случаяхъ обыкновенно замедляется. Иногда во время родовъ у ребенка выдѣляется такъ называемый первородный калъ (меконіумъ). Сидѣлка обязана немедленно сообщить объ этомъ врачу. Послѣдній, для спасенія ребенка, въ большинствѣ случаевъ бываетъ вынужденъ окоячить роды искусственнымъ образомъ.

Въ зависимости отъ степени нарушенія дыханія различаютъ два вида мнимой смерти; апоплектическую—болѣе легкую, и

анэмическую, — болѣе тяжелойю. Въ первомъ случаѣ лицо и тѣло ребенка синебагроваго цвѣта, мускулы напряжены, хотя и неподвижны, дыханіе поверхностно или же отсутствуетъ совершенно, удары сердца слышны отчетливо, ребенокъ по временамъ старается набрать воздухъ, пуповина еще пульсируетъ. Это — легкая степенъ «мнимой смерти».

При второй, болѣе серьезной формѣ мнимой смерти, дыханіе также отсутствуетъ, но дѣятельность сердца очень слаба, ребенокъ блѣденъ, какъ воскъ, мышцы расслаблены, нижняя челюсть отвисаетъ, пульсація пуповины прекратилась. При оказаніи помощи въ этомъ опасномъ состояніи первое стремленіе должно быть направлено къ тому, чтобы освободить дыхательные пути для доступа воздуха. Прежде всего сидѣлка должна положить ребенка на бокъ или на животикъ, чтобы очистить дыхательное горло и бронхи отъ проникшей въ нихъ во время родовъ слизи. Затѣмъ она должна приготовить теплую воду для ванны и согрѣтые шерстяныя одѣяльца, кромѣ того холодную воду (для обливаній). При первой легкой формѣ мнимой смерти часто удается вызвать у ребенка дыханіе посредствомъ растираній или плешковъ, при второй же, тяжелой и болѣе опасной формѣ асфиксии слѣдуетъ производить искусственное дыханіе.

Нерѣдко тотчасъ же послѣ родовъ случается повторное кровотеченіе изъ перевязаннаго остатка пуповины. Оно происходитъ въ тѣхъ случаяхъ, когда перевязка пуповины сдѣлана недостаточно заботливо и пуповинная тесемка соскочила или ослабѣла, или же если она перерѣзала пуповину. Малѣйшая потеря крови при этомъ можетъ оказаться гибельной для ребенка. При подобномъ кровотеченіи наблюдается замѣтное охлажденіе кожи новорожденнаго. Большею частью измѣняется также и цвѣтъ кожи (блѣдность). Въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ немедленно распеленать ребенка, затащить еще разъ остатокъ

пуповины второй петлей или, самое лучшее, рядомъ съ первой перевязкой сдѣлать еще вторую.

*II. Разстройства, появляющіяся въ первые дни послѣ родовъ и позднѣе.*

Среди измѣненій, появляющихся въ первые дни послѣ родовъ, слѣдуетъ прежде всего назвать встрѣчающееся у большинства дѣтей измѣненіе головки, которое обычно такъ пугаетъ молодыхъ матерей: это — опухоль головки или такъ называемая «родовая опухоль». Она представляетъ собою одностороннюю опухоль головки, находящуюся на передней ея части; возникаетъ она вслѣдствіе водяного выпота изъ крови во время родовъ и постепенно проходитъ сама собою. Иногда эта опухоль (въ особенности, если она находится въ лобной области или на большомъ родничкѣ) обуславливаетъ измѣненіе формы головы. Если подлежащею частью было личико, то опухоль большею частью находится на одномъ краю рта. Иногда эти дѣти «лицевого положенія» являются на свѣтъ Божій съ сине-багровымъ и опухшимъ ротикомъ и вслѣдствіе этого первое время не могутъ сосать, но и это измѣненіе сглаживается черезъ нѣсколько дней.

Гораздо опаснѣе кровяная опухоль головки; подъ этимъ словомъ мы подразумѣваемъ опухоль, образуемую изліяніемъ крови между костями черепа и надкостницей; она возникаетъ не только послѣ тяжелыхъ искусственныхъ, но также и послѣ естественныхъ родовъ; она гораздо сильнѣе выражена, чѣмъ родовая опухоль; сейчасъ послѣ родовъ она мало развита, однако нѣсколько времени спустя она увеличивается и на 4-ый или 5-ый день ее можно ощупать на лѣвой или правой теменной кости въ видѣ эластической, напряженной опухоли. Здѣсь необходимо обратиться за совѣтомъ къ врачу. До прибытія послѣдняго опухоль нужно защищать отъ толчковъ

и давленія и обложить головку ватой; въ общемъ не слѣдуетъ безъ разрѣшенія врача примѣнять никакихъ средствъ для ея леченія. Эта опухоль исчезаетъ обыкновенно лишь послѣ многихъ недѣль.

Появляющаяся у большинства дѣтей въ первые дни послѣ родовъ желтуха не имѣетъ значенія; она дѣлается опасною лишь тогда, когда распространяется на все тѣло и сопровождается одновременно тяжелыми расстройствами пищеваренія, сонливостью, безпокойствомъ; это бываетъ особенно часто у преждевремененно-родившихся дѣтей (недоносковъ), нерѣдко одновременно съ воспаленіемъ пупка (см. ниже).

И у ребенка, какъ у матери можетъ образоваться отъ излишняго тепла — потовая просовидная сыпь (краснуха), красные пузырьки на кожѣ. Это явленіе не опасно.

Среди заболѣваній кожи необходимо отмѣтить прежде всего — «себоррею», т. е. образованіе сѣровато-бѣлыхъ чешуйчатыхъ корочекъ или струпьевъ на передней части головки, особенно же въ области большого родничка и темени. Эти струнья очень легко размягчить масломъ, соблюдая же опрятность, можно совершенно предупредить ихъ появленіе. Еще тягостнѣе сильно зудящія «молочные струнья» (мокнущая экзема), которые образуются на кожѣ головы, иногда даже и на лицѣ въ формѣ мельчайшихъ пузырьковъ; эти пузырьки затѣмъ лопаются и засыхаютъ въ видѣ чешуекъ или корочекъ. Эта сыпь большею частью весьма упорна и требуетъ помощи врача.

Затѣмъ во многихъ отношеніяхъ важное значеніе имѣетъ «опрѣлость» или «шелушеніе» кожи ребенка; прежде всего оно является слѣдствіемъ недостаточной опрятности, затѣмъ также и слѣдствіемъ расстройства пищеваренія. У дѣтей, которыя долго лежатъ въ мокромъ, «опрѣлость», переходящая въ изъязвленія, появляется на кожѣ ягодицъ, въ окрестности зад-

няго прохода и половыхъ органовъ: верхняя роговая кожица (эпидермисъ) сперва сильно краснѣетъ, а затѣмъ и отпадаетъ (слущивается) на большихъ пространствахъ, такъ что средній, въ высшей степенн чувствительный (очень богатый нервами) слой кожи обнажается, какъ при большомъ ожогѣ. Такія запущенныя, вслѣдствіе небрежнаго ухода, дѣти имѣють весьма жалкій видъ. Чаще всего заболѣвають опрѣлостью искусственно вскармливаемые дѣти, которыя обыкновенно мочатся гораздо чаще грудныхъ, затѣмъ недоноски и слабенькія дѣти. Кромѣ области ягодицъ опрѣлость можетъ появиться также въ наховыхъ складкахъ и на складкахъ шеи. Ребенокъ при этомъ дѣлается безпокойнымъ, много кричитъ и хирѣетъ. Во всякомъ случаѣ нужно найти причину этого заболѣванія. Основное правило при уходѣ за ребенкомъ—это содержаніе его въ чистомъ и сухомъ бѣльѣ; слѣдуетъ избѣгать влажности, особенно тамъ, гдѣ находятся складки кожи. Бывшія въ употребленіи грязныя пеленки должны быть прокипачены въ водѣ; нельзя ограничиться однимъ прополаскиваніемъ ихъ въ холодной или тепловатой водѣ. Не только при появленіи изъязвленій, но даже и при краснотѣ кожи слѣдуетъ пригласить врача, ибо леченіе часто требуетъ очень долгаго времени.

Иногда въ первые дни послѣ рожденія появляется воспаленіе грудныхъ железокъ у новорожденнаго. Какъ уже упомянуто выше, у новорожденныхъ одновременно съ опуханіемъ железъ замѣчается даже истеченіе изъ послѣднихъ («итичье молоко»). Если грудь оставить въ покоѣ, обернувъ ее лишь ватой, то все эти болѣзненные явленія проходятъ сами собою. Если же давить на эти железки, что иногда дѣлають акушерки, то онѣ воспаляются, дѣлаются горячими, красными, болѣзненными, и такимъ образомъ появляется воспаленіе грудныхъ железъ, точно такъ же, какъ и у матери.

Гораздо болѣе серьезное значеніе имѣють другія двѣ бо-

лѣзни, обѣ обусловленны зараженіемъ, хотя и различнаго характера, именно:

зараженіе пуповины и  
заразительное гнойное воспаленіе глазъ.

1. *Зараженіе пуповины.* Какъ уже было сказано на предыдущихъ страницахъ, перевязку пуповины можно дѣлать только лишь обезинженнымъ (стерилизованнымъ) перевязочнымъ матеріаломъ, ибо всякое загрязненіе свѣжей раны пупка можетъ легко вызвать зараженіе крови. Пуповинная повязка дѣлается теперь гораздо проще, чѣмъ прежде; сомнительныя вещества, какъ, напримѣръ, жиръ и пудра, считаются совершенно излишними, ибо они часто вызывали воспаленіе пупка. Чѣмъ старательнѣе и чище (асептически) сдѣлана пуповинная перевязка и чѣмъ суше она содержится, тѣмъ рѣже встрѣчаются заболѣванія пупка. Зараженіе (инфекція) пупочной раны можетъ произойти также и во время послѣродового періода: при купаніи или же вслѣдствіе загрязненія ранки выдѣленіями матери. Поэтому необходимо соблюдать слѣдующія правила: повязка пупка должна быть стерильна, пупокъ слѣдуетъ держать какъ можно суше, нужно убирать сперва ребенка, потомъ мать, и послѣ купанія необходимо съ особенною заботливостью перемѣнить пупочную повязку (или же совсѣмъ не купать ребенка до отпаденія пупочнаго остатка), ибо сухой пуповинный остатокъ самъ по себѣ противостоитъ проникновению въ него микробовъ, въ то время какъ влажный представляетъ собою весьма благоприятную почву для ихъ развитія и размноженія.

«Зараженіе пупка» можетъ проявиться или какъ мѣстное воспаленіе въ окрестности пупочнаго кольца, или какъ общее зараженіе крови.

Заразить пупокъ можно черезъ посредство нечистой ваты, марли, пупочной повязки, а главное—нечистыхъ рукъ. При

воспаленіи пупка замѣтно сильное покраснѣніе пупочнаго кольца, гдѣ прикрѣпленъ пупочный канатикъ, и это мѣсто бываетъ очень чувствительно; если остатокъ пуповины уже отпалъ, то можетъ образоваться даже опухоль въ окружности пупочной ранки; въ другихъ случаяхъ дѣло ограничивается лишь небольшою краснотой. Но при этомъ быстро наступаетъ упадокъ силъ ребенка; послѣдній ничего не ѣсть, дѣлается сонливымъ; къ этому присоединяется желтуха, иногда также появляется совершенно твердая, своеобразная опухоль въ нижней части животика, и ребенокъ умираетъ черезъ нѣсколько дней. Въ тѣхъ случаяхъ, когда ошибочно думаютъ, что ребенокъ погибаетъ отъ слабости, почти всегда дѣло идетъ объ общемъ зараженіи, которое началось у пупка. Подозрительнымъ симптомомъ, указывающимъ на общее зараженіе крови, является внезапный упадокъ силъ доселѣ совершенно здороваго ребенка. Во всѣхъ такихъ случаяхъ необходимо, по возможности раньше, пригласить врача, а сидѣлка должна тщательно дезинфицировать свои руки.

Очень опасны кровотеченія изъ пупка, появляющіяся послѣ отпаденія остатка пуповины. При этомъ слѣдуетъ немедленно пригласить врача. До прибытія послѣдняго сидѣлка должна попытаться остановить кровотеченіе при помощи куска сухой стерилизованной ваты, который плотно прижимается пупочной повязкой (бинтомъ). Заноздалое отпаденіе пуповины требуетъ много терпѣнія со стороны ухаживающей за ребенкомъ сидѣлки. Всякое подергиваніе или потягиваніе этого остатка можетъ повести къ кровотеченіямъ.

Зараженіе раны пупка можетъ произойти также и послѣ отпаденія остатка пуповины, ибо ранка въ это время только затягивается нѣжною кожей. Поэтому слѣдуетъ соблюдать полную осторожность и послѣ отпаденія пуповины! Въ нѣкоторыхъ случаяхъ рубцеваніе пупочной ранки замедляется,



пупокъ долгое время остается влажнымъ и краснымъ: здѣсь обильно разрастаются, такъ называемыя «грануляціи» (мясные наросты или сосочки), образуя «губчатый пупокъ». Это состояніе хотя и не имѣетъ ничего общаго съ зараженіемъ, однако требуетъ врачебной помощи.

Гораздо серьезнѣе и опаснѣе слѣдующія два заболѣванія, вызванныя зараженіемъ пупка: 1) рожистое воспаленіе; 2) столбнякъ. *Рожистое воспаленіе* начинается также отъ раны пупка, иногда и отъ другихъ ранъ (напримѣръ, ссадины и раненія кожи на головкѣ); оно проявляется значительной опухолью и сильною краспотою въ окрестности пупка; эта краснота и припухлость распространяются иногда дальше по всему тѣлу («нолзучая рожа»). Дѣти при такомъ заболѣваніи жалобно плачутъ, отказываются отъ пищи и у нихъ появляются всѣ признаки тяжкаго отравленія крови (сильно повышенная температура, упадокъ силъ). Это опасное заболѣваніе можетъ быть перенесено также и на другихъ, здоровыхъ людей; по-этому слѣдуетъ немедленно отдѣлить ребенка отъ матери. Исходъ болѣзни почти всегда печаленъ. Такое же предсказаніе приходится сдѣлать и при тяжелой, своеобразной болѣзни, называемой *столбнякомъ* или «судорогами щекъ и подбородка». Опасные возбудители этой болѣзни (бациллы столбняка), находящіяся обыкновенно въ садовой землѣ и въ комнатномъ сору, попадаютъ въ рану пупка, повидимому, черезъ нечистую пупочную повязку или черезъ загрязненное полотенце. Поэтому ни въ коемъ случаѣ нельзя употреблять для ребенка ни перевязочнаго матеріала, ни купальнаго полотенца, которые упали на полъ. Ребенка никогда не слѣдуетъ перепеленывать, держа его у себя на колѣняхъ, целенаніе должно всегда производиться на особомъ столикѣ, покрытомъ чистой салфеткой или простыней.

Ядъ столбняка, попавши въ организмъ, проявляетъ свое

губительное дѣйствіе судорожными (конвульсивными) подергиваніями, которыя появляются прежде всего въ мышцахъ нижней челюсти, такъ что ребенокъ не въ состояніи раскрыть рта и не можетъ, поэтому, сосать (судорожное сжатіе челюстей); это заболѣваніе переходитъ затѣмъ на мускулы затылка и, наконецъ, — груди и спины, такъ что ребенокъ лежитъ «какъ натянутый лукъ», опираясь на постель лишь затылочной частью головы и пятками. Эта болѣзнь всегда смертельна. И здѣсь слѣдуетъ отдѣлить мать отъ заболѣваго ребенка.

2. *Заразительное бленорройное воспаленіе глазъ.* Глаза ребенка также представляютъ собою ворота для проникновенія въ организмъ инфекции (микробовъ), но здѣсь бываетъ лишь особый родъ зараженія.

Нѣкоторыя женщины страдаютъ выдѣленіями заразительной слизи («ѣдкими бѣлями»), т. е. гнойной, зеленовато-желтой жидкости; это — по большей части — такъ называемый «трипперъ женщины» (гоноррея); такія выдѣленія обыкновенно оставляютъ на бѣлѣ твердыя, желтыя пятна. Влагалище больной женщины при этомъ болѣзненно и воспалено; одновременно появляются страданія мочеиспускательнаго канала, особенно — болѣзненный позывъ къ мочеиспусканію. Во время беременности слизисто-гнойныя выдѣленія замѣтно увеличиваются.

Это заболѣваніе опасно для глазокъ новорожденнаго, такъ какъ, вслѣдствіе содержащихся въ выдѣленіяхъ больной родильницы микробовъ триппера — гонококкамъ, весьма легко появляется опасное воспаленіе глазъ, которое можетъ въ самое короткое время повести къ неизлечимой слѣпотѣ. Зараженіе глазъ проявляется вначалѣ опуханіемъ глазныхъ вѣкъ, такъ что глазная щель между вѣками совершенно закрывается и глаза невозможно открыть. Изъ-подъ слипшихся и опухшихъ глазныхъ вѣкъ просачивается свѣтло-желтая водянистая жидкость, которая черезъ нѣсколько дней превращается въ гу-

стой желтый гной. Приподнявъ вѣко, мы замѣчаемъ, что соединительная оболочка (т. е. бѣлая непрозрачная кожаца глаза — конъюктива) и въ особенности внутренняя поверхность вѣкъ сильно покраснѣли и опухли, въ то время какъ въ началѣ заболѣванія глазъ былъ еще чистъ и прозраченъ. Если запустить эту болѣзнь, то воспаленіе проникаетъ глубже. Роговая оболочка глаза мутнѣетъ, опухаетъ и дѣлается непрозрачною. Слѣдствіемъ же этого является потеря зрѣнія (слѣпоты).

Для предупрежденія этого заболѣванія докторъ Креде предложилъ впускать въ глазки младенца тотчасъ же послѣ рожденія одну каплю двухпроцентнаго раствора азотнокислаго серебра (растворъ ляписа или адскаго камня). Эта профилактическая мѣра теперь въ большемъ ходу, въ особенности въ родовспомогательныхъ заведеніяхъ, гдѣ ее примѣняютъ ко всѣмъ новорожденнымъ, и она хорошо оправдала возлагаемая на нее надежды<sup>1)</sup>. Дѣйствительно, за послѣдніе 25 лѣтъ число ослѣпшихъ отъ рожденія сдѣлалось меньше. *Если у роженицы нѣтъ бѣлей*, то обыкновенно ограничиваются промываніемъ глазокъ новорожденнаго смоченнымъ въ отварной водѣ кускомъ ваты, тотчасъ же какъ только головка младенца прорѣзалась наружу. Если же у роженицы бывали когда либо гнойныя выдѣленія, то необходимо примѣнить растворъ азотнокислаго серебра. Очень важно принять необходимыя мѣры предосторожности уже во время родовъ. Женщинамъ, страдающимъ трипперомъ и гнойными бѣлями, рекомендуется во время беременности обратиться къ врачу и дѣлать себѣ дезинфицирующія спринцеванія. Если сидѣлка лишь во время родовъ замѣчаетъ

<sup>1)</sup> Въ послѣднее время съ успѣхомъ примѣняютъ однопроцентный растворъ ляписа или 5% растворъ протарголи (бѣлковое соединеніе серебра). Эти болѣе слабые растворы меньше раздражаютъ глаза и имѣютъ то же самое дѣйствіе.

гнойныя выдѣленія, то она должна немедленно сообщить объ этомъ врачу и позаботиться о томъ, чтобы ребенку были впушены въ глазки предохранительныя капли. Въ слѣдующіе послѣ рожденія дни врачъ долженъ ежедневно осматривать глазки новорожденнаго. Если же у ребенка появилось воспаление глазокъ, вужно немедленно послать за врачомъ; до прибытія послѣдняго необходимо прикладывать къ воспаленнымъ глазкамъ холодныя компрессы и очищать вѣки прокипяченной прохладной водой, вытирая выступающій наружу гной. Компрессы на глаза дѣлаются изъ сложенной въ нѣсколько разъ полотнянной тряпочки, смоченной холодною, самое лучшее — ледяною водою. Бывшіе въ употребленіи куски ваты, тряпочки и т. д. слѣдуетъ немедленно сжигать; наволочки на подушкѣ, пропитанныя гноемъ или слизью, нужно (отдѣльно отъ остального бѣлья) основательно продезинфицировать. Такъ какъ вытекающій гной можетъ быть весьма заразителенъ и легко переносится, то при воспаленіи у ребенка одного глаза необходимо, въ цѣляхъ предохраненія отъ зараженія, завязать другой, здоровый глазъ повязкой и класть ребенка на сторону больного глаза. Сидѣлка должна помнить, что она обязана въ такихъ случаяхъ тщательно дезинфицировать свои руки и сообщить всеѣмъ домашнимъ объ опасности зараженія; она должна предохранять и свои глаза отъ заноса въ нихъ заразы.

Самое значительное мѣсто среди заболѣваній ребенка занимаютъ *разстройства пищеваженія*. Какъ уже было упомянуто выше, смертность дѣтей необыкновенно велика какъ разъ въ первый мѣсяцъ ихъ жизни и главнымъ образомъ вслѣдствіе заболѣваній желудочно-кишечнаго канала. Сюда принадлежатъ также и заболѣванія полости рта. Въ настоящее время практиковавшійся раньше способъ механическаго очищенія ротика новорожденнаго считается излишнимъ и вреднымъ; при выно-

неніи этой манипуляціи на вѣжной слизистой оболочкѣ полости рта легко могутъ получиться ссадины, представляющія собою удобную почву для ввѣдренія заразы (микроорганизмовъ). Въ общемъ теперь совершенно избѣгаютъ спеціальнаго ухода за ртомъ и придаютъ больше значенія чистотѣ грудныхъ сосковъ и особенно—чистому содержанію резиновыхъ сосокъ и бутылокъ (рожковъ) при искусственномъ вскармливаніи.

Иногда на слизистой оболочкѣ рта появляется бѣлый налетъ на-подобіе плѣсени (плѣсневые грибки), покрывающій свѣтло-сѣрой пленкой слизистую оболочку языка, внутренней поверхности щекъ и губъ. Это заболѣваніе называется «*молочницей*». Хотя эта болѣзнь и неопасна, если ее своевременно замѣтили и приняли надлежащія мѣры, однако, будучи запущенной, она можетъ образовать въ зѣвѣ большія разраженія, какъ, на примѣръ, при дифтеритѣ. Молочница не имѣетъ наклонности переходить на дыхательные пути, но частицы (споры) этого плѣсеневаго грибка могутъ при дыханіи попасть въ дыхательное горло и бронхи; еще чаще при глотательныхъ движеніяхъ налетъ попадаетъ въ пищеводъ и желудокъ и вызываетъ здѣсь растройства пищеваренія. Вслѣдствіе воспаления и онуханія слизистой оболочки зѣва, молочница причиняетъ ребенку боли при глотаніи; ребенокъ плохо сосетъ и не развивается.

Чтобы предохранить ребенка отъ этой болѣзни <sup>1)</sup>, необходимо держать въ безукоризненной чистотѣ бутылки (рожки) и соски, а также не давать ребенку сосать пустую соску, что часто дѣлается для его успокоенія.

<sup>1)</sup> Молочницу не слѣдуетъ смѣшивать съ вѣжнымъ бѣловатымъ налетомъ, который имѣетъ почти каждый новорожденный на задней части языка, или на срединѣ нѣба. Эти свѣтлыя пленки совершенно безопасны.

*Воспаленіе рта*, т. е. болѣзненное принуханіе слизистой оболочки рта, сопровождающееся сильнымъ покраснѣніемъ и чувствительностью ея, является, большею частью, слѣдствіемъ преувеличеннаго ухода за ртомъ, а также по причинѣ частаго держанія во рту грязныхъ предметовъ (пустой соски, пальца, костяного кольца «для зубовъ» и т. д.). Это болѣзненное воспаленіе мѣшаетъ дѣтямъ сосать и нерѣдко служитъ причиною разстройства желудка и кишечника.

Заболѣванія желудочно-кишечнаго канала у искусственно вскармливаемыхъ (рожковыхъ) дѣтей являются гораздо чаще, чѣмъ у грудныхъ, ибо при искусственномъ вскармливаніи, какъ мы видѣли выше, молоко подвержено загрязненію и можетъ повредить нѣжному младенческому желудку. Большая часть разстройствъ, обыкновенно въ видѣ поносовъ, появляется въ жаркое время года (лѣтомъ) и обозначается поэтому общимъ названіемъ «лѣтніе поносы» или «дѣтская холера»; отъ этой болѣзни ежегодно погибаетъ множество дѣтей на первомъ году жизни. Если въ первыя недѣли жизни появятся даже лишь легкія разстройства пищеваренія, слѣдуетъ немедленно позвать врача; ибо и здѣсь, если своевременно распознать разстройство, ребенокъ можетъ быть спасенъ при надлежащемъ леченіи.

Разстройство пищеваренія слѣдуетъ приписать прежде всего нецѣлесообразному питанію и тѣмъ вреднымъ примѣсямъ, которыя, загрязняя пищу, вводятся внутрь вмѣстѣ съ нею и раздражаютъ желудочно-кишечный каналъ. При питаніи ребенка непосредственно грудью матери (или кормилицы) почти совершенно исключена возможность такого рода загрязненія, при вскармливаніи же коровьимъ молокомъ (изъ рожка) загрязненіе, какъ извѣстно, можетъ произойти весьма легко.

Первымъ признакомъ разстройства пищеваренія является зеленый цвѣтъ испражненій, вмѣсто нормальнаго лимонно-

желтого, въ особенности, если онѣ еще жидки и имѣютъ непріятный запахъ. Дѣти при этомъ очень беспокожны, много кричатъ и страдаютъ болѣзненнымъ вздутіемъ животика. Въ болѣе серьезныхъ случаяхъ стулъ учащается, и вмѣсто 2—3 разъ въ день (какъ у здороваго), каждый часъ и даже каждые полчаса появляется водянистый стулъ, такъ что ребенка не успѣваютъ положить въ сухое, какъ онъ опять пачкается; это явленіе называется «носомъ» — главный признакъ тяжкаго расстройства пищеваренія. Отъ часто повторяющихся поносовъ ребенокъ ослабѣваетъ и теряетъ силы; къ этому присоединяется болѣзненное вздутіе животика. При самомъ тяжеломъ расстройствѣ пищеваренія появляется рвота неперевааренными, кисло пахнущими остатками пищи, беспокойство и исхуданіе ребенка, замѣчается старческое выраженіе лица, глаза выдаются, вѣсь останавливается на одномъ уровнѣ или даже убываетъ.

Конечно, никогда не должно запускать болѣзни до появленія всѣхъ этихъ опасныхъ симитомовъ, но необходимо своевременно пригласить врача, и послѣдній уже самъ позаботится о принятіи необходимыхъ мѣръ. Сидѣлка должна сохранить и показать врачу рвотныя массы и пеленки (съ испражненіями).

Случается, хотя очень рѣдко, что испражненія ребенка принимаютъ черный цвѣтъ. Это обуславливается примѣсью крови изъ желудочно кишечнаго канала ребенка. Иногда появляется также черная рвота. При этомъ заболѣваніи слѣдуетъ немедленно пригласить врача.

Менѣе опаснымъ, чѣмъ поносы, является вялый стулъ (запоры); у грудныхъ (вскармливаемыхъ материнскимъ молокомъ) дѣтей онъ встрѣчается рѣже; обыкновенно намъ приходится его наблюдать у рожковыхъ дѣтей, которыя въ теченіе

продолжительнаго времени получали слишкомъ много молока разбавленнаго овсянкой.

Съ другой стороны уиорные запоры могутъ быть признакомъ также и серьезнаго заболѣванія. Сидѣлка никогда не должна сама давать ребенку слабительныхъ средствъ. Она можетъ ограничиться лишь примѣненіемъ клизмъ изъ тепловатой воды или масла, при помощи дѣтскаго клистирчика (резиновый шарикъ съ резиновымъ наконечникомъ); ребенокъ долженъ при этомъ лежать на боку или на животикѣ. Если поставленный клистиръ не оказалъ желаемаго дѣйствія или же, если запоры повторяются и послѣ, то слѣдуетъ безотлагательно обратиться къ врачебной помощи, такъ какъ запоръ можетъ происходить также отъ нецѣлесообразнаго питанія (слишкомъ обильнаго или недостаточнаго), или же вслѣдствіе общей слабости ребенка.

У дѣтей, страдающихъ разстройствомъ пищеваренія, часто наблюдается сильное вздутіе живота, которое сопровождается болями: ребенокъ продолжительно и непрерывно кричитъ, быстро двигаетъ ножками, и животикъ его при оцупываніи болезненно напрягается. До прибытія врача можно для облегченія болѣе давать укропный чай, смѣшанный съ мятой (чайными ложками) или дѣлать теплые компрессы (положить припарки на животикъ).

Чтобы своевременно замѣтить появленіе желудочно-кишечнаго катарра, необходимо постоянно обращать вниманіе на стулъ ребенка, исполнять неадантично всѣ предписанія относительно искусственнаго вскармливанія и при самомъ незначительномъ кишечномъ разстройствѣ ребенка обращаться за совѣтомъ къ врачу.

Намъ остается теперь, въ видѣ дополненія, описать нѣкоторыя болѣе рѣдко встрѣчающіяся болѣзни новорожденныхъ.

Уже выше было упомянуто, что тотчасъ по рожденіи ре-



бенка слѣдуетъ удостовѣриться въ томъ, что задній проходъ и отверстие мочеиспускательнаго канала у него не заросли, но такое закрытіе (природное) мочеиспускательнаго канала и прямой кишки приходилось иногда наблюдать. Если оно окажется, необходимо немедленно извѣстить объ этомъ врача. Изъ другихъ прирожденныхъ «пороковъ развитія» (уродствъ) отмѣтимъ: раздвоеніе верхней губы, такъ называемую «заячью губу», и раздвоеніе твердаго нѣба, такъ называемую «волчью пасть». Оба эти уродства могутъ быть одновременно у одного и того же ребенка. Дѣти при этомъ не могутъ сосать. При такомъ уродствѣ можно оперативнымъ (хирургическимъ) вмѣшательствомъ помочь горю (зашить губу и сдѣлать искусственное нѣбо). Здѣсь слѣдуетъ кстати упомянуть еще объ одномъ уродствѣ, которому прежде несправедливо приписывали слишкомъ большое значеніе, а именно: «приращеніе языка», то есть слишкомъ широкая подъязычная связка или уздечка—уродство, встрѣчаемое довольно рѣдко. Гораздо чаще встрѣчается «укороченіе подъязычной уздечки»; въ томъ и другомъ случаѣ ребенокъ не въ состояніи сосать. Если ребенокъ можетъ сосать, то уздечка языка нормальна. Въ сомнительныхъ случаяхъ нужно спросить объ этомъ врача.

Порокъ развитія, но совершенно другого рода, встрѣчается въ видѣ «грыжи пуповины» — опухоль въ области пупочнаго кольца, содержащей внутри себя кишки; эта опухоль покрыта прозрачной водянистой оболочкою и непосредственно переходитъ въ пуповинный канатикъ. Такого рода опухоль слѣдуетъ немедленно показать врачу до перерѣзки пуповины. Спасти ребенка удастся посредствомъ немедленной операціи. Съ этимъ явленіемъ не слѣдуетъ смѣшивать пупочной грыжи, которая можетъ быть приобрѣтена лишь послѣ рожденія. Пупочная грыжа представляетъ собою, подобно остальнымъ грыжамъ, выпячиваніе кожи и мягкихъ покрововъ

живота и части кишекъ черезъ пупочное кольцо; она образуется въ томъ случаѣ, если пуповину преждевременно или неосторожно дергали, или когда ребенокъ продолжительное время кричалъ, также отъ сильныхъ потугъ при упорномъ запорѣ.

Изъ другихъ грыжъ живота встрѣчаются паховыя и бедренныя грыжи; здѣсь кишка (такъ, напримѣръ, петля тонкихъ кишокъ) приподымаетъ кожу въ области паха въ видѣ мягкой упругой опухоли. У мальчиковъ паховая грыжа доходитъ иногда до мошонки. Всѣ эти грыжи, будь то прирожденныя или приобретенныя позднѣе, должны быть точно распознаны при помощи врача и лечить ихъ можно только по его указанію.

Довольно частая простудная болѣзнь ребенка — это насморкъ. Получить насморкъ ребенокъ можетъ вслѣдствіе сквозняка, охлажденія при купаніи, долгаго лежанія въ мокромъ и, главнымъ образомъ, — посредствомъ зараженія отъ постороннихъ лицъ, которыя посѣщаютъ родильницу. Однако насморкъ совсѣмъ не такая безобидная болѣзнь, какъ это обыкновенно принято думать. Дѣти, страдающія насморкомъ, плохо сосутъ, ибо они не могутъ свободно дышать. Простуженныхъ дѣтей слѣдуетъ держать въ теплѣ и не купать. При упорной формѣ насморка, если при этомъ замѣчаются и другія явленія (кашель, безпокойство ребенка), необходимо обратиться къ врачу. Насморкъ нерѣдко служитъ началомъ или предвѣстникомъ другого какого нибудь тяжелаго заболѣванія или заразной болѣзни. Кромѣ того послѣ насморка можетъ развиваться тяжелое осложненіе въ видѣ воспаленія уха (катарръ средняго уха). Эта болѣзнь протекаетъ съ сильно повышенной температурой и проявляется острыми болями. Дѣти при этомъ очень безпокойны, непрерывно и жалобно кричатъ и хватаются по временамъ ручками за уши. Часто источникъ страданія замѣчается лишь тогда, когда изъ уха появляется гнойное

истеченіе. Послѣ появленія течи боли обыкновенно стихаютъ, но тогда-то и необходима врачебная помощь, потому что если запустить эту болѣзнь, то можетъ образоваться гнойное воспаление мозга, которое всегда оканчивается смертью ребенка, или заболѣваніе можетъ перейти на внутреннее ухо и вызвать тугоухость или даже совершенную глухоту; несчастный ребенокъ, такимъ образомъ, вырастаетъ глухо-нѣмымъ.

Рѣдкое, но опасное заболѣваніе ребенка представляетъ слушающаяся пузырьчатая сыпь, такъ назыв. «немфигусъ». На кожѣ новорожденнаго появляются (повидимому, вслѣдствіе прикосновенія нечистыхъ рукъ, то есть зараженія) круглые, величиною съ горошину или бобъ, пузырьки, которые быстро увеличиваются и могутъ слиться по нѣскольку вмѣстѣ, образуя большіе пузыри. Эта сыпь въ высшей степени заразительна для дѣтей и для взрослыхъ. Заболѣвшій этою болѣзнью ребенокъ лихорадитъ и быстро худѣетъ. Инкубаціонный (скрытый, —отъ начала зараженія до проявленія) періодъ этой болѣзни продолжается 7—8 дней. Ладони рукъ и подошвы ногъ обыкновенно при этой болѣзни остаются не пораженными. Ребенка необходимо отдѣлить отъ матери и по возможности скорѣе пригласить врача. Существуетъ и другая, сифилитическая форма этой сыпи, которую ребенокъ приноситъ съ собою на свѣтъ Божій, какъ признакъ унаслѣдованнаго сифилиса. При этой формѣ болѣзни пузырьки различной величины, наполненные свѣтло-желтою жидкостью, сидятъ повсюду на кожѣ, главнымъ же образомъ на ладоняхъ рукъ и подошвахъ ногъ. Если новорожденный имѣетъ сыпь такого рода — сидѣлка должна сейчасъ же сообщить объ этомъ врачу.

Въ общемъ новорожденный подверженъ въ теченіе перваго года жизни еще цѣлому ряду другихъ заболѣваній. Описаніе этихъ болѣзней завело бы насъ далеко за рамки ухода за новорожденнымъ. Во всякомъ случаѣ сидѣлка должна знать, по

крайней мѣрѣ, нѣкоторыя болѣе частыя заболѣванія перваго года, особенно нервыхъ недѣль жизни ребенка. Сидѣлка должна также имѣть понятіе и о другого рода разстройствахъ здоровья ребенка, сущность которыхъ публика весьма неясно представляетъ себѣ, а именно: о прорѣзываніи зубовъ, судорогахъ (родимчикѣ), рахитѣ (англійской болѣзни).

Ростъ и прорѣзываніе зубовъ составляютъ важный періодъ въ развитіи ребенка. Прорѣзываніе молочныхъ зубовъ у здоровыхъ, правильно вскармливаемыхъ дѣтей большею частью не сопровождается никакими заболѣваніями; зубки обыкновенно появляются въ слѣдующемъ порядкѣ: сперва на 4 мѣсяцѣ жизни появляются оба нижнихъ рѣзца, затѣмъ верхніе рѣзцы, верхніе и нижніе первые коренные и такъ далѣе.

Многія матери съ большимъ безпокойствомъ ждутъ прорѣзыванія зубовъ, однако онѣ должны совершенно успокоиться на этотъ счетъ, ибо особенныхъ «болѣзней роста зубовъ» не существуетъ. Нельзя, однако, оставлять безъ вниманія замѣчаемыя при прорѣзываніи зубовъ разстройства. Если у ребенка во время роста и прорѣзыванія зубовъ появляются какія нибудь нарушенія, то это служитъ признакомъ какой нибудь другой общей болѣзни, напримѣръ рахита.

Рахитъ (англійская болѣзнь) представляетъ собою частое и очень серьезное заболѣваніе младенческаго возраста. Причиной этой болѣзни служатъ неправильное питаніе (перекармливаніе и наоборотъ), недостатокъ свѣта, воздуха, сырость квартиры, и поэтому она и встрѣчается большею частью у искусственно вскармливаемыхъ (рожковыхъ) дѣтей бѣдняковъ. Рахитъ вызываетъ иногда даже и въ болѣе позднемъ періодѣ жизни различныя неправильности и искривленія скелета (узкій тазъ, кривыя ноги и т. д.). Симптомы этого заболѣванія таковы: блѣдное лицо, слабыя мышцы, необыкновенно большая четырехугольная головка, медленное закрытіе родничковъ, опуханіе

рукъ и ногъ и, наконецъ, сильное вздутіе живота. Хрящи на ребрахъ припухаютъ, какъ четки, а грудная кость клинообразно выдается впередъ (куриная грудь). У рахитичныхъ дѣтей (имѣющихъ видъ не худыхъ, но, наоборотъ, очень полныхъ, упитанныхъ дѣтей) зубы прорѣзываются поздно и трудно, а ходить они начинаютъ очень поздно. Сущность рахита состоитъ въ томъ, что при общемъ нормальномъ ростѣ организма развивающійся костный скелетъ получаетъ изъ крови недостаточное количество известковыхъ солей, и кости поэтому остаются мягкими и искривляются.

Этимъ мы закончимъ обзоръ важнѣйшихъ заболѣваній ребенка въ теченіе первыхъ недѣль жизни.

Приведемъ вкратцѣ еще разъ всѣ тѣ признаки, по которымъ можно распознать начало заболѣванія у ребенка: необходимо всегда обращать вниманіе на общее самочувствіе ребенка, особенно на то, спокойно ли онъ спитъ, кричитъ ли онъ сильнымъ здоровымъ голосомъ или слабо пищитъ? Бѣтъ ли онъ охотно или принимаетъ нищу съ неудовольствіемъ, или же совершенно отказывается отъ нея? Идетъ ли ему нища впрокъ? Каковъ цвѣтъ кожи лица и всего тѣла у ребенка? Каково дыханіе? Каковъ пульсъ? Въ сомнительныхъ случаяхъ слѣдуетъ измѣрять также и температуру, вставляя термометръ въ прямую кишку. Главнымъ же образомъ нужно обращать вниманіе на выдѣленія (стулъ и мочепусканіе), на количество выдѣляемой мочи, цвѣтъ ея, на количество и запахъ испражнений, также и на прибывъ въ вѣсѣ (и у грудныхъ, и у рожковыхъ дѣтей). При наличности признаковъ, указывающихъ на заболѣваніе, всегда слѣдуетъ обращаться къ врачу.

## ДОПОЛНЕНИЕ.

### 1. Какъ ставить клизмы?

Клистиръ или клизма способствуетъ размягченію и выходу наружу скопившихся въ нижней части прямой кишки испражнений (промывательный или опоражвивающій клистиръ). Для приготовления клизмъ употребляютъ обыкновенно «эсмарховскую» кружку (ирригаторъ) съ длинной резиновой трубкой, краномъ и клистирнымъ наконечникомъ. Эсмарховская кружка наполняется  $\frac{1}{4}$  —  $\frac{1}{2}$  литра тепловатой воды ( $25^{\circ}$  —  $30^{\circ}$  Цельсія, измѣрить термометромъ). Къ этому прибавляютъ иногда немного мыла или чайную ложку соли, а иногда, чтобы еще усилить слабительное дѣйствіе клистира, по предписанію врача прибавляется столовая ложка глицерина.

Пациентка должна лежать на лѣвомъ боку и ей вводится черезъ заднепроходное отверстіе въ прямую кишку, на глубину приблизительно въ палецъ, предварительно хорошо смазанный жиромъ твердый резиновый или стеклянный клистирный наконечникъ; затѣмъ поднимаютъ кружку ирригатора на высоту приблизительно 1 —  $1\frac{1}{2}$  аршина и открываютъ кранъ, такъ что жидкость изъ кружки вливается подъ напоромъ незначительнаго давленія въ прямую кишку. Больная должна стараться задержать внутри жидкость до тѣхъ поръ, пока это возможно. Если жидкость изъ клистирной трубки почему либо перестала вытекать (напримѣръ, вслѣдствіе закупорки отверстія трубки фекальными массами), то наконечникъ осторожно двигаютъ назадъ и впередъ или же вынимаютъ и затѣмъ снова вставляютъ въ нѣсколько иномъ направленіи.

Послѣ каждой клизмы необходимо тщательно вымыть кружку, трубку и наконечникъ.

Особенную осторожность слѣдуетъ соблюдать, когда ставятъ клизму маленькому ребенку, и для этого лучше всего употреблять дѣтскій клистирчикъ въ видѣ груши (резиновый шарикъ съ наконечникомъ), обыкновенно примѣняемый при ушныхъ заболѣваніяхъ. Наконечникъ долженъ быть изъ мягкой резины, примѣненія же твердыхъ наконечниковъ слѣдуетъ всегда избѣгать. Для того чтобы сдѣлать клистиръ, ребенка кладутъ на бокъ или животикъ и, осторожно введя наконечникъ клистирчика въ прямую кишку, вспрыскиваютъ ребенку жидкость подъ слабымъ давленіемъ; при этомъ слѣдуетъ придерживать ребенку ножки.

Клизма, какъ мы сказали, имѣетъ назначеніе опорожнить кишки; но иногда употребляютъ также и питательныя клизмы, т. е. питательную жидкость вспрыскиваютъ въ небольшомъ количествѣ медленно и осторожно въ прямую кишку (60—100 куб. сант.). Необходимую для этого питательную жидкость (напримѣръ, овсяный или крахмальный отваръ) врачъ прописываетъ каждый разъ особо.

Такія клизмы имѣютъ цѣлью дать организму питаніе черезъ прямую кишку, которая обладаетъ способностью всасывать. Эти клизмы употребляются въ томъ случаѣ, если почему либо невозможно ввести пищу естественнымъ путемъ (черезъ желудокъ), особенно когда существуетъ склонность къ рвотѣ, напримѣръ послѣ тяжкихъ желудочныхъ заболѣваній.

Посредствомъ питательныхъ клизмъ часто удается достигнуть изумительнаго подъема силъ организма и улучшенія сердечной дѣятельности. Для такихъ цѣлей употребляютъ чашку чаю съ двумя яичными желтками и немного краснаго вина; все это предварительно согрѣвается до температуры крови. Точно такое же дѣйствіе оказываетъ и вливаніе такъ называемаго физиологическаго раствора, то есть — соляной воды (при-

близительно 7—8 граммъ поваренной соли на 1 литръ воды). Здѣсь такъ же, какъ и при питательныхъ клизмахъ, слѣдуетъ наблюдать, чтобы жидкость вливалась медленно.

## 2. Катетеризація.

Катетеризація, или искусственное опорожненіе мочевого пузыря, была уже описана выше.

Для этой цѣли употребляются катетеры металлическіе, стеклянные и мягкіе резиновые.

До и послѣ употребленія катетеръ слѣдуетъ всегда стерилизовать кипяченіемъ въ водѣ въ теченіе 10 — 15 минутъ, ибо достаточно малѣйшаго загрязненія, чтобы вызвать продолжительный и упорный катарръ мочевого пузыря. Послѣ кипяченія рекомендуется катетеръ до употребленія хранить въ сосудѣ съ отварной водой или обеззараживающимъ растворомъ (такъ, напримѣръ, 1<sup>o</sup>/<sub>o</sub> растворъ лизоля).

Вводитъ катетеръ слѣдуетъ постоянно подъ контролемъ своихъ глазъ (но никогда не ощуиью). Для этого сидѣлка, продезинфицировавъ предварительно свои руки по извѣстнымъ уже правиламъ, становится справа отъ паціентки (лежащей на спинѣ съ раздвинутыми ногами), раздвигаетъ пальцами лѣвой руки (съ помощью кусочка ваты) половыя губы такимъ образомъ, чтобы ясно было видно отверстіе мочеиспускательнаго канала и очистивъ его посредствомъ влажнаго куска ваты отъ приставшихъ къ нему истеченій и слизи, она осторожно вводитъ катетеръ по направленію вверхъ. Если она чувствуетъ, что катетеръ встрѣтилъ на своемъ пути какое-нибудь препятствіе, то ни въ коемъ случаѣ не должна дѣлать усилій для вдвиганія этого инструмента дальше, ибо такимъ образомъ очень легко причинить тяжелыя пораненія мочеиспу-



скательнаго канала. При выниманіи катетера изъ пузыря необходимо прикрыть первымъ пальцемъ правой руки наружное отверстіе катетера, чтобы помѣшать стеканію мочи. Во время катетеризаціи не слѣдуетъ нажимать рукой на область мочевого пузыря. Въ противномъ случаѣ, послѣ отнятія руки, въ пузырь проникаетъ воздухъ, а это вредно для больной. Послѣ употребленія катетеръ снова вываривается и сохраняется въ чистотѣ. Сидѣлка не должна самостоятельно опорожнять мочевой пузырь націентки катетеромъ, а можетъ производить это по предписанію врача и по возможности подъ его наблюденіемъ.

### **3. Обмываніе половыхъ частей; спринцеваніе влагалища.**

Обмываніе наружныхъ половыхъ органовъ для очистки ихъ отъ приставшихъ послѣродовыхъ выдѣленій вмѣнено сидѣлкѣ въ прямую обязанность.

Что же касается спринцеванія влагалища, то оно производится по особому распоряженію врача и по его указаніямъ. Для всѣхъ обмываній употребляютъ кружку Эсмарха; болѣе всего пригодны эмалированныя или стеклянныя кружки объемомъ въ 1 литръ, съ плоскимъ дномъ; никогда не слѣдуетъ употреблять кружки съ заостреннымъ конусообразнымъ дномъ, въ виду трудности ея очистки.

Кружку держатъ приблизительно на 1—1½ аршина высоты надъ кроватью, и наружные половые органы поливаются прямо изъ наконечника; для обмыванія берутъ обыкновенно отварную воду или же, по предписанію врача, 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворъ лизоля, который готовится въ какомъ нибудь другомъ сосудѣ (но не въ самой кружкѣ). Температура жидкости для обмыванія должна равняться 35° Цельсія. При каждомъ обмы-

ваніи слѣдуетъ подѣ ягодицы женщины подложить предвари- тельно очищенное подкладное судно.

Затѣмъ необходимо переложить роженицу въ сухое бѣлье, а половые органы прикрыть чистымъ кускомъ ваты.

При спринцеваніи влагалища, маточный наконечникъ осторожно вводятъ во влагалище на половину его длины. Предварительно нужно позаботиться о томъ, чтобы удалить изъ трубки воздухъ, и съ этою цѣлью передъ введеніемъ наконечника выпускаютъ немного жидкости. Эмарховскую кружку никогда не слѣдуетъ держать выше, чѣмъ на  $1\frac{1}{2}$  аршина надъ больной. Наконечникъ можно ввести лишь послѣ того какъ наружныя половыя части были тщательно обмыты.

При спринцеваніи необходимо обращать особенное внима- ніе на маточный наконечникъ; нельзя употреблять наконечника, который до этого примѣнялся у другихъ, особенно у больныхъ родильницъ. Маточный наконечникъ долженъ постоянно сохра- няться въ сосудѣ съ обеззараживающею жидкостью.

Не рекомендую маточныхъ наконечниковъ, изготовленныхъ изъ твердой резины, но лучше стеклянные.

Температура дезинфицирующей жидкости для спринцева- нія влагалища должна равняться  $35^{\circ}$  Цельсія  $= 28^{\circ}$  Реомюра и должна быть измѣряема термометромъ. Лишь въ исключи- тельныхъ случаяхъ можно допустить и болѣе высокую темпе- ратуру ( $45^{\circ}$ — $50^{\circ}$  Цельсія), такъ, напримѣръ, съ цѣлью оста- новить сильное кровотеченіе. Но послѣднее—по совѣту врача.

#### 4. Измѣреніе температуры. Наблюденіе пульса.

Какъ измѣрять температуру тѣла—это должна точно и по- дробно знать каждая сидѣлка, потому что лишь на основаніи измѣренія температуры возможно замѣтить разстройство здо-

ровья родильницы и новорожденного уже в самом их началѣ и, благодаря этому, своевременно пригласить врача.

Измѣреніе температуры должно производиться всегда очень точно и добросовѣстно. О каждомъ уклоненіи отъ нормы, въ особенности же о повышеніяхъ температуры (лихорадкѣ) слѣдуетъ немедленно извѣстить врача. Температуру необходимо записывать 2 раза въ день (до и послѣ обѣда) на особыхъ температурныхъ листкахъ и предъявлять ихъ врачу.

Термометръ держать въ футлярѣ и предохраняють его отъ поврежденій (толчковъ, ударовъ); передъ каждымъ измѣреніемъ температуры удостовѣряются въ томъ, что въ столбикѣ ртути не образовался промежутокъ, наполненный воздухомъ, отъ чего термометръ нужно считать испорченнымъ.

Рекомендуется употреблять лишь такіе термометры, въ которыхъ послѣ измѣренія температуры столбикъ ртути остается на достигнутой имъ высотѣ (не спадаетъ вслѣдствіе охлаждения); эти термометры называются максимальными. Такой термометръ можно, послѣ того какъ онъ находился въ теченіе  $\frac{1}{4}$  часа въ подмышечной впадинѣ родильницы, спокойно вынуть и послѣ показать врачу, въ то время какъ на обыкновенныхъ термометрахъ температуру слѣдуетъ отмѣчать непременно во время самаго измѣренія.

При измѣреніи температуры у дѣтей шарикъ термометра предварительно немного нагрѣвается, смазывается масломъ или вазелиномъ и затѣмъ осторожно вставляется въ прямую кишку ребенка (черезъ заднепроходное отверстіе). Съ этой цѣлью ребенка кладутъ къ себѣ на колѣни животомъ внизъ. Уже черезъ 5 минутъ термометръ можно вынуть, при чемъ температура показана обыкновенно нѣсколько выше, чѣмъ при измѣреніи въ подмышечной впадинѣ.

Слѣдуетъ обращать вниманіе также и на дыханіе; послѣднее у здоровыхъ людей не ускорено, между тѣмъ какъ у боль-

ныхъ лихорадкой и легочными болѣзнями замѣчается учащеніе дыханія.

Такъ же важно и наблюденіе пульса. Счетъ пульса производятъ слѣдующимъ образомъ: обхватываютъ кисть руки (въ области запястья) и, нащупавъ лучевую артерію, считаютъ число ударовъ пульса при помощи часовъ въ теченіе  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  или 1 минуты. У здоровой родильницы пульсъ бьется медленно, у больной съ повышенной температурой онъ ускоренъ, при большой потерѣ крови онъ учащенъ и слабъ; 120 ударовъ пульса въ минуту служитъ весьма неблагоприятнымъ признакомъ.

## 5. Приготовленіе компрессовъ.

Самый простой компрессъ—это согрѣтые шерстяные или полотняные платки; такого рода сухіе компрессы иногда примѣняются при болѣзненныхъ послѣродовыхъ схваткахъ.

Влажные теплые компрессы употребляются чаще, чѣмъ сухіе. Для ихъ приготовленія слѣдуетъ намочить сложенное вчетверо полотенце или полотняный платокъ въ очень теплой водѣ, хорошенько выжать и положить на животъ; сверхъ этого кладется фланелевая матерія, шерстяной платокъ или непромокаемый кусокъ перевязочнаго матеріала; это имѣетъ цѣлю, съ одной стороны, сохранить бѣлье сухимъ, съ другой же — сохранить компрессъ болѣе долгое время теплымъ и предотвратить испареніе воды. Подобные компрессы мѣняются по мѣрѣ того какъ они охлаждаются приблизительно каждые  $\frac{1}{2}$ —1 часъ.

Компрессы Присница (согрѣвающие) дѣлаются изъ смоченныхъ въ холодной водѣ и отжатыхъ затѣмъ полотняныхъ платковъ или полотенецъ, которыя покрываются снаружи резиновой матеріею, клеенкою, или воценой бумагой, непрони-

цаемой для воды; поверхъ ея кладется фланель, шерстяной платокъ, или слой ваты. Все это укрѣпляется бинтомъ или полотноцемъ. Эти компрессы слѣдуетъ оставлять на тѣлѣ до тѣхъ поръ, пока они не сдѣлаются совершенно теплыми (согрѣются); ихъ мѣняють всего лишь 2—3 раза въ сутки. Дѣйствіе ихъ — болеутоляющее и успокаивающее, и они находятъ широкое примѣненіе.

Иногда во время родильнаго періода примѣняютъ также и холодные компрессы. Обыкновенно тотчасъ послѣ родовъ на животъ родильницы кладутъ холодный, или по крайней мѣрѣ, прохладный, компрессъ, который мѣняютъ затѣмъ черезъ нѣсколько времени. Гораздо лучше и пріятнѣе, чѣмъ влажные компрессы, дѣйствуетъ пузырь со льдомъ.

Въ пузырь или мѣшокъ изъ непромокаемой матеріи кладутъ мелко-истолченный ледъ или снѣгъ; при этомъ слѣдуетъ обратить вниманіе, не прорвался ли гдѣ нибудь этотъ пузырь и не пропускаетъ ли онъ воду. Этотъ ледяной пузырь никогда нельзя накладывать непосредственно на обнаженное тѣло, такъ какъ можно отморозить кожу, но необходимо завернуть пузырь въ сложенную въ нѣсколько разъ фланелевую матерію. Мѣшокъ со льдомъ не долженъ своею тяжестью давить на больное мѣсто, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ существуетъ сильная чувствительность брюшныхъ покрововъ; поэтому его лучше подвѣсить надъ животомъ родильницы на обручѣ такимъ образомъ, чтобы его поверхность какъ разъ соприкасалась съ кожей живота, но не давила.

# ДІЕТА РОДИЛЬНИЦЫ.

| Распределение приемовъ пищи.  | На выборъ и для разнообразія разрешается еще:  | Совершенно запрещается:   |
|---|--|---|
| <p>1-й—III-й день послѣ родовъ: легко-переваримая, но питательная, преимущественно жидкая пища.</p> <p>Первый завтракъ: 1 чашка молока (кипяченаго) и 1—2 сухарика или ломтика поджаренной булки.</p> <p>Второй завтракъ: чашка овсянаго или ячменнаго процеженнаго отвара, смѣшаннаго съ нежирнымъ мяснымъ бульономъ, съ сухеными булочками; послѣ 2-го дня можно прибавить еще яйцо въ смятку.</p> <p>Обѣдъ: крѣпкій супъ (овсяный или ячменный супъ на мясномъ бульонѣ); на 2-й день этотъ супъ смѣшиваютъ съ яичнымъ желткомъ и даютъ къ нему подсушенные ломтики булки.</p> <p>Послѣ обѣда: молоко съ сухариками.</p> <p>Вечеромъ: молоко, молочный или овсяный супъ съ яйцомъ въ смятку и маленькой булочкой.</p> | <p>Къ завтраку: кофе съ молокомъ (не слишкомъ крѣпкій) или какао (тоже не крѣпкое), вареное на молокѣ, какао съ питательными солями; слабый (жиденькій) чай съ молокомъ (больше молока!).</p> <p>Супы: жидкій рисовый, супъ изъ саго.</p> <p>Напитки: никогда не употребляютъ напитковъ слишкомъ холодными! Лучше всего—молоко. Кромѣ того: холодный, жиденькій чай. Вода съ фруктовыми соками (лимоннымъ, малиновымъ). Для слабыхъ, малокровныхъ женщинъ рекомендуется свѣже выжатый мясной сокъ въ холодной водѣ.</p> <p>Легкіе бисквиты (англійское печенье).</p> | <p>Трудно переваримыя, жирныя, вызывающія вздутіе живота и раздражающія кушанья и напитки, какъ, напримѣръ: свѣжія мучнистыя блюда, крѣпкія вина, пиво, мясныя блюда, крѣпкій кофе. Не слѣдуетъ ѣсть много въ одинъ приемъ—лучше чаще, но меньше.</p> |

| Распределение приемов пищи.   | На выборъ и для разнообразія разрешается еще:  | Совершенно запрещается:  |
|---|--|--|
| <p>IV-й—X-й день: болѣе питательная и болѣе твердая, но легко переваримыя блюда:</p> <p>Первый завтракъ: молоко или кофе съ молокомъ съ легкимъ сухимъ печеньемъ.</p> <p>Второй завтракъ: крѣпкій мясной бульонъ съ яйцомъ, бѣлый хлѣбъ съ масломъ и холоднымъ жаренымъ мясомъ или нежирной ветчиной. Смотря по желанію, также маленькую рюмочку вина.</p> <p>Обѣдъ: крѣпкій супъ (куриный бульонъ) или овсянка на мясномъ бульонѣ, телячье рагу и телячье жаркое. Телятина также въ видѣ котлетъ или «вѣнскихъ шинделей» (не слишкомъ жирныхъ). Приправы: каша, картофельная каша, сваренная жидко на молокѣ и протертая; легкіе компоты (яблочное, грушевое или сливочное пюре). По желанію: вино съ водой.</p> <p>Послѣ обѣда: кофе, чай (не слишкомъ крѣпкій), или какао съ молокомъ; къ этому печеніе.</p> | <p>Къ завтраку: бѣлый хлѣбъ съ сырой нежирной ветчиной, тонко нарезанной. Винное желе (приготавлиется изъ вина, сахара и раствора желатинны), вино съ яичнымъ желткомъ или рюмочка южнаго вина (портвейнъ, мадера и т. д.).</p> <p>Мясо: жаркое съ нежирнымъ соусомъ, жареная говядина, жареная дичь (куропатки, дось, заяцъ). Выфштексъ. Рыба (форель, щука и др.).</p> <p>Приправы: кромѣ вареныхъ фруктовъ также и легкія для перевариванія овощи, морковь, шпинатъ, цвѣтная капуста.</p> <p>Напитки: вино слѣдуетъ пить всегда разбавленнымъ водою (простою или минеральною, напр., Нарзаномъ, Боржомомъ), пиво можно пить лишь послѣ 9 или 10 дня, вначалѣ смѣшанное съ яйцомъ, молокомъ, сахаромъ и корицей, послѣ—безъ добавленій (хорошо выдержанные, темные, не крѣпкіе сорта; солодовое пиво). Очень освѣженнымъ напиткомъ считается красное вино, смѣшанное съ яйцомъ и саха-</p> | <p>Трудно переваримыя блюда, какъ, напр. капуста (кислая, красная капуста); свѣжіе овощи, стручковые плоды (бобы, горохъ, чечевица), салаты, свѣжіе фрукты.</p> <p>Слишкомъ однообразное питаніе (исключительно мясной столъ, также и противоположная крайность).</p> <p>Изъ сортовъ мяса запрещается: жирное мясо (баранина, свинина, гусь); изъ рыбъ: копченныя, слишкомъ жирныя (угорь), жирные или прѣные рыбные соусы (майонезъ); неудобоваримыя мучнистая пища (свѣжій хлѣбъ; пироги).</p> <p>Острыя и прѣныя блюда.</p> |

Вечеромъ: молочный, овсяный или ячменный супъ, яйцо въ сметву, бутербродъ, ветчина, холодное жаркое.

ромъ (давать по вечерамъ). Въ общемъ — воздержаніе отъ спиртных напитковъ (въ особенности у кормящихъ грудью).

Въ промежуткахъ: пуддинги, молочное желе (изъ желатины, лимона, вина и сахара), холодное мясное желе. Въ супъ (особенно для кормящихъ) — соматоза; весьма рекомендуется жидкая соматоза для приготовления крѣпкихъ суповъ (все по предписанію врача).

---

**Примѣчаніе.** Эта діета должна сообразоваться съ состояніемъ каждого и можетъ, поэтому, дать только приблизительныя указанія. Послѣ 10-го дня здоровая родильница можетъ постепенно переходить къ своей обычной пищѣ, но должна избѣгать тяжелыхъ и вызывающихъ вздутіе живота блюдъ. Родильницы, кормящія грудью, должны быть очень осторожны въ выборѣ блюдъ, избѣгать жирныхъ, очень соленыхъ и пряныхъ, острыхъ блюдъ. Слѣдуетъ ограничить потребление спиртныхъ напитковъ въ виду ихъ вреда для ребенка.



## Т А Б Л

### Разбавленіе коровьяго

| Возрасть ребенка. | Степень разбавленія.   |  |
|-------------------|--|--|
|                   | Молоко.  | + Разбавленіе.   |
| На 1-мъ мѣсяцѣ .  | 1 часть молока +<br>1 » » +<br>= 150 куб. сантим. мол. +                               | 3 части разбавленія.<br>2 » »<br>300 к. с. воды.                     |
| > 2 > .           | 1 часть молока +<br>= 350 куб. сантим. мол. +  | 2 части разбавл.<br>700 к. с. воды.                                  |
| > 3 > .           | 2 части молока +<br>вначалѣ 400 к. с. мол.<br>позднѣе: 500 к. с. мол.                  | 3 части разбавл.<br>600 к. с. воды.<br>500 к. с. воды.               |
| > 4 > .           | Тоже самое, т. е.<br>равная часть молока +   | равн. ч. разбавленія.  |
| > 5 > .           | 3 части молока +<br>600 к. с. молока +<br>или 750 к. с. молока +                       | 2 части разб.<br>400 к. с. воды.<br>500 к. с. воды.                  |
| > 6 > .           | 2 части молока +<br>= 800 к. с. молока +   | 1 часть разб.<br>400 к. с. воды.                                     |
| > 7 > .           | Постепенный переходъ къ<br>900 к. с. молока.<br>1000 » » »<br>1100 » » »<br>1200 » » » | неразбавленному молоку.<br>300 к. с. воды.<br>200 » » »<br>100 » » » |
| На 8 мѣсяцѣ.      | Можно давать неразбавленное (цѣльное) молоко.  |  |

<sup>1)</sup> Приведенныя числа лишь приблизительно и должны служить только врачъ можетъ, смотря по обстоятельствамъ, увеличивать или уменьшать  
Примѣчаніе. 500 граммъ = 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> чайн. стакана. 1000 граммъ (килограммъ) =

# И Ц А I.

## молока по мѣсяцамъ <sup>1)</sup>.

Общее количество пищи въ день и на каждый приемъ.

Особыя примѣчанія.

Сумма пищи въ день (послѣ 8-го дня) около 500 грм.; 8 отдѣльн. приемовъ по 60—90 грм.

Послѣ восьмого дня, примѣшивая молочный сахаръ, разбавленіе можно сдѣлать меньше, чѣмъ 3:1.

Сумма: до 1 литра; отдѣльн. приемы: 6—8 разъ по 100—120 грм.

Сумма: 1 литръ и болѣе. Отдѣльные приемы: 6—7 разъ по 150 грм.

Къ концу 3 мѣсяца постепенный переходъ къ отношенію смѣси 1:1.

Сумма: 1 литръ и болѣе. Отдѣльн. пр.: 6—5 разъ по 150 грм.

Начиная съ 4-го мѣсяца можно постепенно прибавлять больше молока, руководясь дѣлениями на бутылкѣ.

Сумма: 1200—1500 грм. Отдѣльн. пр.: 180—250 грм. 5—6 разъ въ сутки.

Сумма: около 1500 грм.; отдѣльн. пр.: 200—250 грм.

Приблизительно на 7 мѣсяцѣ жизни ребенка можно перейти постепенно къ питанію его неразбавленнымъ молокомъ; при этомъ можно давать и другую пищу, напр. хорошую дѣтскую муку, самостоятельно, или какъ прибавленіе также и кашу изъ сухариковъ или булочекъ съ молокомъ; немного нежирнаго мясного бульона съ яичнымъ желткомъ. Избѣгать хлѣба и картофеля.

примѣрной схемой степени разбавленія молока; въ отдѣльныхъ случаяхъ данныя здѣсь числа.

2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> русск. фунт.) = 1 литр.; 16—17 грм. = 1 столовой ложкѣ.

## Т А Б Л И Ц А П.

## Разовые приемы пищи ребенкомъ.

Смѣшиваніе дѣтскаго молока въ бутылкахъ съ дѣлениями. Каждая бутылка вмѣщаетъ 200—250 граммовъ и имѣетъ 15 дѣлений; каждое дѣленіе соотвѣтствуетъ прибл. столовой ложкѣ, т. е. 16—17 граммамъ.

| Возрастъ ребенка. | Соотношеніе частей смѣси.                |  | Количество отдѣльнаго приема по отношенію къ общему количеству.   |
|-------------------|--|--|---|
|                   | Коровье молоко                           | + Разбавл.   |   |
| На 1 мѣс. .       | 1—2 недѣля:<br>1 дѣленіе молока.         | 3 дѣл. разб.   | Каждый отдѣльный приемъ: вначалѣ только 1—2 дѣл. (30—40 гр.), затѣмъ—60—90грм. и болѣе.<br>Вначалѣ 8 приемовъ пищи въ сутки, послѣ—6 прием. |
|                   | Послѣ 2-й недѣли:<br>1½—2 дѣлен. молока. | 4—6 дѣл. разб.   |   |
| > 2 > .           | 3 дѣл. молока.                           | 6 дѣл. разб.   | Отдѣльный приемъ:<br>9 × 15 = около 120—130 грамм.<br>Въ общемъ 7 приемовъ въ сутки.<br>Отдѣльный приемъ:<br>140—150 грм.                   |
| > 3 > .           | Постепенный переходъ къ 4 дѣл. молока.   | 6 дѣл. разб.   |   |
| > 4 > .           | 5 дѣл. молока.                           | 5 дѣл. разб.   | Количество отдѣльн. приема: 150 грм. и болѣе.<br><br>Количество отд. приема: 12 × 15 = 180 и до 200 грм. на приемъ и болѣе.                 |
| > 5 > .           | 7 дѣл. молока.                           | 5 дѣл. разб.   |   |
| > 6 > .           | 8 дѣл., затѣмъ 10 дѣл. молока.           | 4 дѣл., затѣмъ 2 дѣл. разбавленія.                       | Количество отд. приема: 15 × 15 = 200 до 250 гр. и болѣе.   |
| > 7 > .           | 13 дѣл. молока.                          | 2 дѣл. разбавленія съ постепеннымъ переход. къ цѣльному. |   |
| > 8 > .           | Давать неразбавленное мол. 15 дѣл. мол.  |  |   |

Примѣчаніе. Эту смѣсь слѣдуетъ всякій разъ готовить свѣжую и кипятить въ теченіе 10—15 мин.; затѣмъ прибавляютъ химически-чистаго молочнаго сахару—1 полную чайную ложку на бутылку, что приблизительно соотвѣтствуетъ составу женскаго молока (6%).

## Т А Б Л И Ц А Ш.

Прибавление въ вѣсѣ ребенка, который при рожденіи имѣлъ вѣсѣ въ 3000 граммовъ—7<sup>1</sup>/<sub>2</sub> фунтовъ приблизительно.

| Возрастъ ребенка.           | Вѣсѣ, выраженный въ граммахъ и фунтахъ.                       | Прибыль въ вѣсѣ за день и за недѣлю.                           | Особыя примѣчанія.  |
|-----------------------------|---|--|---|
| Въ концѣ 1 м.               | Около 3800 — 4000 грм. — 9—10 фунтовъ.                        | Въ день 25—30 грм., за недѣлю 180—200 грм. и болѣе.            | Вначалѣ прибыль въ вѣсѣ за день и за недѣлю больше, чѣмъ послѣ. Ежедневная прибыль въ вѣсѣ колеблется между 20 и 50 грм. Ежедневная прибыль въ 15—18 грм. уже недостаточна.     |
| » » 2 »                     | Около 4500 грм. — 11 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> фунт.        | За недѣлю 220 грм.   |   |
| » » 3 »                     | Около 5000 грм. — 12—13 фунт.                                 | За недѣлю 190 грм.   |   |
| » » 4 »                     | Около 5500 — 6000 грм. — 14—15 ф.                             | За недѣлю 150 грм.   | Въ общемъ на 4-мъ тысячѣ ребенокъ увеличиваетъ свой первоначальный вѣсѣ вдвое; начиная съ этого момента ежедневная и еженедѣльная прибыль вѣса становится меньше, чѣмъ вначалѣ. |
| » » 5 »                     | Около 6000 — 6500 грм. — 15—16 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> ф. | За недѣлю 120 грм.   |   |
| » » 6 »                     | Около 7000 грм. — 17 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> фун.         | За день: 10—12 грм., за недѣлю—90 грм.                         |   |
| » » 7 »                     |   | 80 грм. за недѣлю.   |   |
| » » 8 »                     |   | За нед. 70 грм.  |   |
| » » 9 »                     | Около 8000.—9000 грм. — 19—21 фун.                            | За день: 6—9 грм.; за недѣлю 60 грм., послѣ: отъ 50 до 40 грм. |   |
| Въ концѣ перваго года жизни | Около 9000—10000 грм. — 21—22 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> ф.  |  | Ребенокъ, вѣсившій при появленіи на свѣтъ 7—8 фунт., въ концѣ перваго года вѣсиль обыкновенно втрое больше, т. е. 21—22 фунта.  |